

PASIENTSKADEERSTATNINGSRETT

Er skadelidtes rettsstilling like godt ivaretatt,
uansett om skaden skjer i privat eller offentlig helsetjeneste?

Kandidatnr: 418

Veileder: Aslak Syse

Leveringsfrist: 25. november 2003

Totalt: 17.746 ord

25.11.03

Innholdsfortegnelse

<u>1</u>	<u>INNLEDNING</u>	<u>1</u>
1.1	PRESENTASJON AV TEMA OG PROBLEMSTILLINGER	1
1.2	AVGRENSNING AV OPPGAVEN	5
1.3	TERMINOLOGI	5
1.3.1	BEGREPENE "SKADELIDTE" OG "SKADEVOLDER"	5
1.3.2	BEGREPENE "FORSIKRINGSTAKER", "SIKREDE" OG "FORSIKRINGSGIVER"	6
1.3.3	SONDRINGEN MELLOM "OFFENTLIG HELSETJENESTE" OG "PRIVAT HELSETJENESTE"	6
1.4	RETTSKILDER OG METODE	8
1.4.1	AVGJØRELSESORGANENES FELLES UTGANGSPUNKT	8
1.4.2	SAKSBEHANDLINGSREGLENE I NPE OG PASIENTSKADENEMNDA	9
1.4.3	FORSIKRINGSSKAPENES SAKSBEHANDLINGSREGLER	10
1.4.4	PASIENTSKADENEMNDAS PRAKSIS	11
<u>2</u>	<u>PASIENTSKADELOVENS VIRKEOMRÅDE</u>	<u>12</u>
2.1	LOVENS GEOGRAFISKE VIRKEOMRÅDE	12
2.1.1	SKADER VOLDT I NORGE	12
2.1.1.1	Skader voldt i Norge, men med "særskilt liten norsk tilknytning"	12
2.1.2	SKADER VOLDT I UTLANDET	12
2.2	LOVENS SAKLIGE VIRKEOMRÅDE	13
2.2.1	HVILKE DELER AV HELSEVESENET OMFATTES?	14
2.2.1.1	Skader voldt under ambulansetransport	14
2.2.1.2	Skader voldt under medisinske forsøk	15
2.2.1.3	Skader voldt i helsepersonellens fritid	15
2.2.2	HVILKE SKADEVOLDERE OMFATTES?	15
2.2.3	KRAVET OM AT DET MÅ FORELIGGE EN PASIENTSKADE	16
2.2.4	DEKKES TREDJEPERSONERS KRAV?	16
2.3	LOVENS VIRKEOMRÅDE I TID	17

<u>3</u>	<u>GRUNNVILKÅRENE FOR ERSTATNING</u>	18
3.1	VILKÅR 1: ANSVARSGRUNNLAGET	18
3.1.1	ANSVARSGRUNNLAGETS UTVIKLING I PASIENTSKADEERSTATNINGSRETEN	18
3.1.1.1	De alminnelige erstatningsrettslige regler	18
3.1.1.2	De midlertidige reglene	19
3.1.1.3	Bakgrunnen for pasientskadelovens ansvarsgrunnlag	20
3.1.2	ANSVARSGRUNNLAGET I PASIENTSKADELOVEN	21
3.1.2.1	”Svikt ved ytelsen av helsehjelp, selv om ingen kan lastes.”	21
3.1.2.2	Teknisk svikt gir objektivt ansvar	24
3.1.2.3	”Vaksinasjonsskader”	25
3.1.2.4	”Andre ansvarsforhold”	25
3.1.2.5	Rimelighetsregelen, den særlige unntaksregelen	26
3.2	VILKÅR 2: ERSTATNINGSMESSIG TAP	26
3.3	VILKÅR 3: ADEKVAT ÅRSAKSSAMMENHENG	28
<u>4</u>	<u>FREMSETTELSE AV ERSTATNINGSKRAVET</u>	29
4.1	SKADEMELDINGEN	29
4.1.1	I ”SÆRLIGE TILFELLE” KAN SKADELIDTE FREMSETTE ERSTATNINGSKRAVET MUNTILIG	30
4.2	HVEM KAN SKADELIDTE FREMSETTE ERSTATNINGSKRAVET OVERFOR?	30
<u>5</u>	<u>AVGJØRELSESGRANENE</u>	33
5.1	DE PRIVATE FORSIKRINGSSKAPENE	33
5.2	NORSK PASIENTSKADEERSTATNING (NPE)	34
5.3	PASIENTSKADENEMNDA	34
5.3.1	DELEGASJON AV MYNDIGHET TIL LEDER ELLER SEKRETARIAT	35
<u>6</u>	<u>SAKSBEHANDLINGEN I NPE OG DE PRIVATE FORSIKRINGSSKAPENE</u>	36
6.1	PROBLEMSTILLINGER	36
6.2	SAKSFORBEREDELSEN	37
6.2.1	FORHÅNDSVARSEL	38
6.3	BISTAND AV ADVOKAT	39
6.4	AVVISNINGSGRUNNER	39
6.4.1	FORELDELSE SOM AVVISNINGSGRUNN	40

6.4.2	PASIENTSKADELOVENS VIRKEOMRÅDE SOM AVVISNINGSGRUNN	40
6.4.3	BELØPSGRENSEN SOM AVVISNINGSGRUNN	41
6.5	SAKSBEHANDLINGSKRAV	42
6.5.1	HABILITETSKRAV	42
6.5.2	INFORMASJON OG VEILEDNINGSPLIKT	44
6.5.3	TAUSHETSPLIKT	45
6.6	BEVISREGLER	46
6.6.1	BEVISFØRINGEN	47
6.6.2	BEVISBYRDE OG BEVISVURDERINGEN	47
6.6.3	BEVISOPPTAK	49
6.7	INNHENTING AV SAKKYNDIG VURDERING	49
6.7.1	KRAV TIL SAKKYNDIGE	50
6.8	SAKSAVGJØRELSEN	51
6.8.1	VURDERING AV ANSVARSGRUNNLAGET	51
6.8.2	ERSTATNINGSUTMÅLINGEN	52
6.8.3	AVGJØRELSEN AV ERSTATNINGSKRAVET	52
6.8.4	ERSTATNINGSUTBETALINGEN	53
<u>7</u>	<u>OMGJØRING, KLAGE OG DOMSTOLSPRØVING</u>	<u>54</u>
7.1	STATISTIKK	54
7.2	OMGJØRING	54
7.2.1	OMGJØRING UTEN KLAGE	54
7.3	KLAGE	55
7.3.1	HVA KAN PÅKLAGES?	55
7.3.2	KLAGEFRISTEN	56
7.3.3	HVOR SKAL KLAGEN SENDES?	56
7.3.4	UNDERINSTANSENS OPPGAVER VED KLAGE	57
7.3.5	BEHANDLINGEN AV KLAGEN I PASIENTSKADENEMNDA	58
7.3.5.1	Saksforberedelsen i Pasientskadenemnda	58
7.3.5.2	Pasientskadenemndas kompetanse	59
7.4	ANMODNING OM DIREKTE BEHANDLING I PASIENTSKADENEMNDA	60
7.5	DOMSTOLSBEHANDLING	61
7.5.1	HVEM KAN BRINGE SAKEN INN FOR DOMSTOLENE?	61
7.5.2	NÅR KAN SAKEN BRINGES INN FOR DOMSTOLENE?	61
7.5.3	HVA KAN DOMSTOLENE OVERPRØVE?	62

<u>8</u>	<u>VURDERING OG KONKLUSJON</u>	<u>63</u>
8.1	VURDERINGER	63
8.2	KONKLUSJON	65
<u>9</u>	<u>LITTERATURLISTE</u>	<u>67</u>

1 Innledning

1.1 Presentasjon av tema og problemstillinger

”- Helsevesenet har aldri før behandlet så mange pasienter som i dag,” uttalte helseministeren i Stortingets spørretime 5. november 2003¹. Det store forbruket av helsetjenester øker imidlertid også skadepotensialet. Dessverre er det ikke til å unngå at det også innenfor helsesektoren begås menneskelige feil, gjøres feilvurderinger, skjer kommunikasjonssvikt eller oppstår tekniske feil som volder skader.

Antall fremsatte krav om erstatning for pasientskader har økt betraktelig de siste 20 årene. I 1988 mottok Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) 231 pasientskadeerstatningskrav hvorav 17 fikk medhold. I 2002 mottok NPE 2569 erstatningskrav, og av disse ble 558 gitt medhold². De siste fem årene har imidlertid antall pasientskadesaker holdt seg relativt konstant, men med en liten økning³.

Årsaken til at flere fremmer krav om erstatning for pasientskader kan dels være større oppmerksomhet og generell kunnskap om pasientskadeerstatningsordningen, og dels den utvikling som har skjedd innenfor erstatningsretten på dette område.

Før 1988 ble alle erstatningskrav for pasientskader avgjort ved forlik eller av domstolene, og da etter alminnelige erstatningsrettslige regler.

I januar 1988 ble en midlertidig pasientskadeerstatningsordning iverksatt⁴. Ordningen skulle gi erstatning for behandlingsskader i offentlige somatiske sykehus og deres

¹ Eksempelvis er det ifølge Statistisk Sentralbyrå hittil i år foretatt 4 millioner polikliniske konsultasjoner. I 2002 var tallet 3 millioner.

² Tallene er oppgitt av NPEs statistikkavdeling.

³ I 1999 ble det fremsatt 2051 pasientskadeerstatningskrav. For årene 2000 – 2002 er tallene henholdsvis 2234, 2244 og 2569 krav. Fra januar til november i 2003 er det fremsatt 1875 erstatningskrav.

⁴ Den midlertidige ordningen ble finansiert av staten og fylkeskommunene.

poliklinikker, samt private sykehus som omfattes av fylkeskommunale helseplaner eller får sine utgifter dekket over statsbudsjettet. Det rettslige grunnlaget for denne midlertidige ordningen var en avtale om pasientskadeerstatning mellom staten og landets fylkeskommuner og de såkalte sykehusreglene⁵. Samtidig som den midlertidige ordningen ble iverksatt, ble saksavgjørelsesorganene NPE og Pasientskadenemnda opprettet for å ta seg av behandling og utbetaling av pasientskadeerstatningskrav under ordningen. Fra 1. juli 1992 ble virkeområdet for ordningen utvidet til å omfatte offentlige psykiatriske sykehus,⁶ kommunelegetjenesten og kommunal legevakt.

Den private helsetjenesten⁷ var ikke omfattet av den midlertidige ordningen. Erstatning for skader voldt under behandling i denne delen av helsetjenesten fulgte derfor fortsatt alminnelige erstatningsrettslige regler. Fra 1999 ble det lovfestet krav om tvungen ansvarsforsikring for helseinstitusjoner og helsepersonell i den private helsetjenesten, jf. helsepersonelloven av 2. juli 1999 nr. 64 § 20. Pasientskader voldt i den private helsetjenesten skulle etter dette fortsatt fremsettes overfor det forsikringsselskap hvor helsepersonellet eller den private helseinstitusjon var ansvarsforsikret. Ved tvist om erstatningskravet kunne erstatningsspørsmålet bringes inn for domstolene til behandling etter alminnelige erstatningsrettslige regler.

I januar 1987 ble det nedsatt et utvalg (Pasientskadeerstatningslovutvalget) for å utrede spørsmålet om en egen pasientskadelov for behandling av erstatningskrav ved pasientskader. Utvalgets arbeid er publisert i NOU 1992: 6 ”Erstatning ved pasientskader”. Om bakgrunnen for lovarbeidet er det blant annet uttalt i utvalgets mandat⁸:

”Dagens rettstilstand er utilfredstillende av flere grunner. Dels skyldes dette at det ofte er vanskelig for pasienten å bevise at skaden skyldes uaktsomhet fra

⁵ Bestemmelser om vilkår for erstatning, saksbehandlingsregler etc.

⁶ Også privateide psykiatriske sykehus som var omfattet av fylkeskommunale helseplaner eller som fikk sine driftsutgifter dekket over statsbudsjettet, ble ansett som offentlige psykiatriske sykehus, jf. de midlertidige reglene § 1.

⁷ Se pkt. 1.3.3.

⁸ NOU 1992:6 ”Erstatning ved pasientskader” s. 59, pkt. 8.1.

helsevesenets side. Bevisproblemene kan være årsak til at mange skadelidte unnlater å fremme erstatningskrav. Under enhver omstendighet vil det ofte være en tung og omstendelig prosess å søke økonomisk kompensasjon for skade man er påført under medisinsk behandling. Det er således ønskelig å styrke pasientens rettsstilling. Det er også viktig å framheve at lange og omfattende rettssaker mot leger og sykehus i urimelig grad fokuserer på de negative sider ved vårt helsevesen, noe som kan svekke tilliten til våre helsetilbud.”

Formålet med arbeidet var etter dette å gi pasientene et bedre erstatningsrettslig vern enn det som fulgte av de alminnelige erstatningsrettslige reglene, og herunder forenkle den prosessuelle fremgangsmåte ved krav om erstatning.

Den midlertidige pasientskadeerstatningsordningen ble i januar 2003 etterfulgt av pasientskadeloven av 15. juni 2001 nr. 48. De nye materielle vilkår gjelder bare for skader voldt etter 1. januar 2003. Den nye lovens prosessuelle regler skal brukes ved de saker som fortsatt skal avgjøres etter den midlertidige ordningen.

For å sikre likhet for pasientene skulle loven omfatte både den private og offentlige helsetjenesten. Under lovbehandlingen i Stortinget ble det imidlertid vedtatt at NPE skulle behandle *alle* pasientskadeerstatningskrav, herunder de erstatningskrav som private forsikringsselskap kunne bli ansvarlige for å dekke. Denne løsning var ikke foreslått av departementet i lovproposisjonen, men var tidligere lansert av Pasientskadeerstatningslovutvalget i NOU 1992: 6. Forsikringsselskapene fryktet etter dette at de ville miste kontrollen over omkostningene ved pasientskadeerstatnings-sakene, noe som igjen ville medføre problemer med å beregne forsikringspremien. Selskapene nektet derfor å tilby ansvarsforsikring til helsepersonell under disse forutsetninger.

For at helsepersonell i den private helsetjenesten ikke skulle stå uten tilbud om ansvarsforsikring, ble pasientskadeloven kun satt delvis i kraft. Loven fikk kun anvendelse for den offentlige helsetjenesten. Krav om erstatning for skader voldt i den private helsetjenesten skulle dermed fortsatt behandles av forsikringsselskapene etter alminnelige erstatningsrettslige regler.

Først i 2003 ble det vedtatt endringer i pasientskadeloven som tilfredsstilte forsikringsselskapenes behov for å utrede de pasientskadeerstatningskrav de selv kan bli ansvarlig for å dekke, se lov av 26. september 2003 nr. 26 (vedlegg 1).

Pasientskadeloven vil etter dette trolig tre i kraft i sin helhet i januar 2004. Dette innebærer at pasientskadeloven skal gjelde både for den private og den offentlige helsetjenesten. Krav om erstatning for pasientskader som er voldt i den offentlige helsetjenesten skal avgjøres av NPE, mens de private forsikringsselskapene skal avgjøre krav om erstatning for pasientskader voldt i den private helsetjenesten. Både NPEs vedtak og forsikringsselskapenes avgjørelser kan deretter klages inn for Pasientskadenemnda.

Saksavgjørelsesorganene er imidlertid organisert nokså forskjellig og følger ulike saksbehandlingsregler. NPE og Pasientskadenemnda er forvaltningsorganer og er dermed bundet av forvaltningsrettslige prinsipper og reglene i forvaltningsloven av 10. februar 1967, mens forsikringsselskapene er bundet av saksbehandlingsreglene i forsikringsavtaleloven (FAL) av 16. juni 1989 nr.69.

Et hovedspørsmål som jeg tar sikte på å besvare, er om skadelidtes rettsstilling er like godt ivaretatt uansett om skaden skjer i eller utenfor offentlig helsetjeneste. Med ”rettsstilling” siktes det til hvilke rettigheter og vern de materiellrettslige og de prosessuelle reglene gir skadelidte. På bakgrunn av at saksavgjørelsesorganene er bundet av ulike saksbehandlingsregler vil jeg vurdere om dette kan få betydning eller konsekvenser for skadelidtes rettsstilling under saksbehandlingen.

For å belyse skadelidtes rettsstilling vil jeg først redegjøre for pasientskadelovens virkeområde i *kapittel 2* og grunnvilkårene for erstatning i *kapittel 3*. Deretter vil det i *kapittel 4* bli redegjort for hvordan og hvor erstatningskravet skal fremsettes.

I *kapittel 5* presenteres avgjørelsesorganene, før jeg sammenlikner saksbehandlingsreglene i NPE og de private forsikringsselskapene i *kapittel 6*. Omgjøring, klageadgang og domstolsbehandling omtales i *kapittel 7*. Oppgaven avsluttes med en vurdering av skadelidtes rettsstilling etterfulgt av en konklusjon i *kapittel 8*.

Den nye loven av 26. september 2003 nr. 26 legges til grunn. Som en del av lovrevisjonsarbeidet, er det i tillegg utarbeidet et utkast til forskrift om forsikringsplikt for helsepersonell og den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten mv, heretter benevnt "forskrift om forsikringsplikt". Samtidig er det foreslått endringer i utkast til forskrift av 20. desember 2002 nr. 1625 om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda heretter kalt "NPE forskriften". Disse forskriftsutkastene legges til grunn slik de er foreslått (se vedlegg 2 og vedlegg 3).

1.2 Avgrensning av oppgaven

Det er hovedsaklig de prosessuelle reglene som vil være sentrale i denne oppgaven. For å forstå saksavgjørelsesorganenes arbeid med erstatningskravene vil det likevel redegjøres for enkelte av de materiellrettslige reglene, herunder grunnvilkårene for erstatning. Jeg avgrenser derfor fra en mer uttømmende redegjørelse for det som kalles reglene for ansvarsgrunnlaget. Utmålingsspørsmålet vil jeg knapt berøre, her er det reglene i skadeserstatningsloven med tilhørende etablert rettspraksis som skal legges til grunn, se pasientskadeloven § 4 første ledd, første punktum. Om klagebehandlingen i Pasientskadenemnda og hva domstolene kan overprøve vil jeg fatte meg i korthet.

1.3 Terminologi

1.3.1 Begrepene "skadelidte" og "skadevolder"

I forskrift om forsikringsplikt § 2 femte ledd, defineres "skadelidte" som "*den som etter forsikringsavtalen vil ha krav på erstatning*". Med begrepet "skadelidte" sikter jeg i denne oppgaven til pasienten eller tredjepersoner som har lidt tap som følge av pasientskade.

Med "skadevolder" mener jeg helsepersonell, helseinstitusjon eller den som handler på vegne av helsepersonell.

1.3.2 Begrepene "forsikringstaker", "sikrede" og "forsikringsgiver"

"Sikrede" er i henhold til legaldefinisjonen i FAL § 1-2 litra c, *"den som etter forsikringsavtalen vil ha krav på erstatning eller forsikringssum."* Når det gjelder ansvarsforsikring foreligger det imidlertid en særregel i bestemmelsens annet punktum, "sikrede" er i denne forbindelse; *"den hvis erstatningsansvar er dekket."* Det er altså den som har erstatningsansvaret sitt dekket hos forsikringsselskapet som anses som "sikrede". Ved ansvarsforsikring er dette den aktuelle skadevolder.

Hvem som anses som "sikrede" og "forsikringstaker" kan imidlertid bero på om det foreligger en kollektiv eller individuell forsikringsavtale. En individuell forsikringsavtale er en forsikring som er tegnet av en enkeltperson eller for en mindre krets av personer⁹, for eksempel en privat helseinstitusjon. Mange helsepersonell har en individuell ansvarsforsikring, for eksempel Aslak Syse. Helsepersonellet eller helseinstitusjonen omtales da som "forsikringstaker" eller "sikrede".

En kollektiv forsikringsavtale¹⁰ er en forsikringsavtale som etableres på vegne av en større gruppe¹¹. Eksempelvis har Legeforeningen en forsikringsavtale med Vital forsikring som omfatter medlemmene i legeforeningen. I dette tilfellet anses Legeforeningen som "forsikringstakeren"¹², mens medlemmene av legeforeningen betegnes som "sikrede".

Ifølge forskrift om forsikringsplikt § 2 tredje ledd defineres "forsikringsgiver" som det selskap som tilbyr forsikring.

1.3.3 Sondringen mellom "offentlig helsetjeneste" og "privat helsetjeneste"

Uttrykket "offentlig helsetjeneste" er definert i pasientskadeloven § 6 annet ledd og i NPE forskriften § 1 tredje ledd.

⁹ Jf. Hans Jacob Bull, "Innføring i forsikringsrett" s. 12, pkt. 2.3

¹⁰ Jf. FAL § 1-2 første ledd bokstav d.

¹¹ En kollektiv forsikring kan tiltres automatisk eller ved frivillig tilslutning.

¹² Se FAL § 1-2 første ledd bokstav b.

Det som kjennetegner en offentlig helsetjeneste, er at det offentlige er ansvarlig for den helsetjenesten som ytes. Det følger av pasientskadeloven § 6 annet ledd at virksomheten til staten, fylkeskommunen og kommunen anses som ”offentlig helsetjeneste”. Dette innebærer ikke nødvendigvis at staten, fylkeskommunen eller kommunen er ansvarlig i form av å være arbeidsgiver. Ifølge NPE forskriften § 1 tredje ledd bokstav b skal de deler av private tjenesteyteres virksomhet som er basert på driftstilskudd eller basistilskudd fra staten, fylkeskommunene eller kommunene, også anses som offentlig helsetjeneste. Dette gjelder også helseinstitusjoner som mottar tilskudd etter folketrygdloven § 5-20. Dersom slike private tjenesteyterne yter helsetjenester som faller utenfor avtalen om driftstilskudd eller basistilskudd, er imidlertid dette ikke å anse som en offentlig helsetjeneste¹³. Dette vil da gjelde selv om folketrygden gir en delvis dekning av utgiftene etter refusjonsordningen etter ftrl. kapittel 5.

Ifølge NPE forskriften § 1 tredje ledd bokstav c skal også de deler av private tjenesteyteres virksomhet som finansieres gjennom kjøpsavtaler med det offentlige, anses som offentlig helsetjenester. Bestemmelsen har sin bakgrunn i at staten, fylkeskommunen og kommunen er forpliktet til å sørge for helsehjelp til befolkningen. Det er imidlertid bare kjøpsavtaler om de helsetilbud som er en del av det offentliges ansvarsområde, som omfattes av den offentlige helsetjenesten¹⁴. Dersom en pasient mottar refusjon for en behandling eller blir henvist fra offentlig helsetjeneste til en privat tjenesteyter, medfører ikke dette nødvendigvis at det anses som en offentlig helsetjeneste. Det avgjørende er om det foreligger en avtale¹⁵ mellom offentlige myndigheter/helseforetak og den private helsetilbyder om behandlingen¹⁶. Den private helsetilbyder kan imidlertid også være en institusjon i utlandet. Pasientskadelovens bestemmelser får også anvendelse for behandlingsreiser til utlandet som det offentlige helt eller delvis bekoster, jf. NPE forskriften § 1 tredje ledd bokstav d.

¹³ Jf. Ot.prp.nr.74 (2002-2003) s. 15, pkt. 4.1.1.

¹⁴ Jf. Ot.prp.nr.74 s.15, pkt.4.1.1.

¹⁵ Det er ikke avgjørende hva slags form avtalen har, stykkprisavtale, rammeavtale e.l.

¹⁶ Jf. Ot.prp.nr.74 s.16, pkt.4.1.1.

Etter NPE forskriften § 1 tredje ledd bokstav e er helsehjelp som er gitt i fritiden av helsepersonell som er ansatt i statlig, fylkeskommunal eller kommunal helsetjeneste, å anse som offentlig helsetjeneste. Dersom helsepersonell imidlertid *driver* virksomhet på fritiden, anses det *ikke* som en offentlig helsetjeneste¹⁷.

Dersom virksomheten ytes utenfor rammen av det som NPE forskriften § 1 definerer som ”offentlig helsetjeneste,” er helseytelsen å anse som en ”privat helsetjeneste”. Det påligger slike helsetilbydere forsikringsplikt etter helsepersonelloven § 20, pasientskadeloven § 8, samt forskrift om forsikringsplikt § 3.

Sondringen mellom privat og offentlig helsetjeneste har betydning for hvor pasienten skal rette sitt krav om erstatning, og hvem som eventuelt er å anse som erstatningsansvarlig.

1.4 Rettskilder og metode

1.4.1 Avgjørelsesorganenes felles utgangspunkt

Pasientskadeloven av 15. juni 2001 nr. 53 er den viktigste rettskildefaktoren i pasientskadeerstatningsretten. Loven fremstår som et felles rettsgrunnlag for skader voldt i helsetjenesten, og kommer til anvendelse uavhengig av om saken avgjøres av et privat forsikringsselskap eller NPE i første instans, eller eventuelt Pasientskadenemnda i annen instans. I tillegg til loven er *grunnvilkårene for erstatning* et felles utgangspunkt for avgjørelsesorganene, se kapittel 3.

Kort oppsummert regulerer Pasientskadeloven anvendelsesområde, hvem som er ansvarlig etter loven, enkelte saksbehandlingsregler og pasientens klageadgang og mulighet for domstolsprøving.

Ved tolkningen av pasientskadeloven vil forarbeidene (Ot.prp.nr.31 (1998-1999), Ot.prp.nr.55 (1999-2000), Innst.O.nr.68 (2000-20001) og NOU 1992:6 ”Erstatning

¹⁷ Jf. Ot.prp.nr.74 s.16, pkt.4.1.2.

ved pasientskader” være sentrale rettskildefaktorer. Også lovendringsforslagene fremlagt i Ot.prp.nr.22 (2002-2003), Ot.prp.nr.74 (2002-2003) og Innst.O.nr.110 (2002-2003) er av rettskildemessig betydning.

Pasientskadeloven bygger i stor grad på den praksis som har utviklet seg på bakgrunn av reglene under den midlertidige ordningen¹⁸. Tidligere rettspraksis kan dermed også være retningsgivende ved blant annet erstatningsutmåling, årsaksspørsmål etc. Høyesterett har kun behandlet to pasientskadeerstatningssaker, se Rt.1998 s.1336 og Rt.1998 s.1538.

De videre saksbehandlingsregler ved behandling av pasientskadeerstatningskrav vil være avhengig av om kravet behandles av NPE, Pasientskadenemnda eller forsikringsselskapene. Nedenfor redegjøres nærmere for det rettskildebilde og de metoder de ulike organene arbeider under.

1.4.2 Saksbehandlingsreglene i NPE og Pasientskadenemnda

Når forvaltningsorganene NPE og Pasientskadenemnda behandler erstatningskravet, vil saksbehandlingsreglene som følger av NPE forskriften og forvaltningsretten utfylle pasientskadelovens bestemmelser.

NPE forskriften gir blant annet bestemmelser om NPE og Pasientskadenemndas oppgaver/kompetanse og organisering. De nærmere saksbehandlingsregler vil imidlertid i vesentlig grad følge av alminnelig forvaltningsrett.

Den sentrale rettskilde i forvaltningsretten er forvaltningsloven. Et hovedhensyn bak lovens saksbehandlingsregler er å sikre en forsvarlig saksbehandling som ivaretar partenes rettsstilling. Loven gir detaljerte bestemmelser om blant annet forhåndsvarsling, begrunnelse for vedtak, klageadgang, partsinnsyn, underretning etc. Loven utfylles av ulovfestet forvaltningsrett, som for eksempel prinsippet om god forvaltningsskikk.

¹⁸ Jf. Ot.prp.nr.31 s. 63, pkt. 11.4.1.

1.4.3 Forsikringsselskapenes saksbehandlingsregler

Når erstatningskrav om pasientskader behandles i et privat forsikringsselskap utfylles pasientskadelovens bestemmelser med vilkårene i den enkelte forsikringsavtale, saksbehandlingsreglene i FAL og forskrift om forsikringsplikt.

Forskriften om forsikringsplikt regulerer krav om forsikringsplikt, godkjenningskrav til forsikringsgivere som vil tilby pasientskadeforsikringer, og bestemmelser om Pasientforsikringsforeningen¹⁹.

FAL regulerer hovedsaklig forholdet mellom forsikringstaker/sikrede og forsikringsselskapet. Ved en ansvarsforsikring er forsikringsavtalen inngått mellom den potensielle skadevolder og forsikringsselskapet. Det er antatt at skadevolder i liten grad har skadelidte i tankene når han tegner ansvarsforsikring²⁰. På bakgrunn av dette er skadelidtes stilling ved ansvarsforsikring særskilt regulert i FAL § 7-6 og ved tvungen ansvarsforsikring i FAL § 7-7. Disse bestemmelsene vil i forbindelse med behandling av pasientskadeerstatningsaker være av mindre betydning ettersom skadelidtes rettigheter vesentlig grad allerede vernes av pasientskadelovens bestemmelser.

Sentralt i rettskildebildet i forsikringsretten står også forsikringsavtalen²¹. Når forsikringsselskapene tar stilling til erstatningskrav tolkes forsikringsavtalen etter alminnelige avtalerettslige prinsipper. FAL²² kommer til anvendelse ved tolkningstvill

¹⁹ Forsikringsselskaper som tilbyr pasientskadeforsikring plikter å delta i en forsikringspool, kalt Pasientforsikringsforeningen. Ordningen sikrer dekning hvor forsikringspliktige ikke har tegnet forsikring eller forsikringen viser seg å være utilstrekkelig, se forskrift om forsikringsplikt § 8 flg.

²⁰ Jf. Hans Jacob Bull, "Innføring i forsikringsrett, s. 361, pkt. 3.11.

²¹ Forsikringsavtalen består av et forsikringsbevis, forsikringsvilkår, eventuelle særvilkår, standardiserte forsikringsvilkår og generelle vilkår. Ved motstrid mellom de nevnte avtalebestemmelser, rangeres de i den rekkefølge som de angis, jf. Andreas Arntzen, "Ansvarsforsikring" s. 25, pkt.1.4.

²² Ved ansvarsforsikring skal erstatningsutmålingen beregnes etter alminnelige erstatningsrettlige prinsipper, se for øvrig pasientskadeloven § 4 første ledd. På bakgrunn av dette er det bestemmelsene i FAL del A som kommer til anvendelse ved pasientskadeerstatningskrav. I kapittel 9 i FAL foreligger det særlige regler for kollektive forsikringer.

eller dersom det oppstår spørsmål som ikke er regulert i forsikringsavtalen. For å sikre at vilkårene i forsikringsavtalen er i samsvar med pasientskadelovens regler, stilles det i forskrift om forsikringsplikt krav til forsikringsvilkårenes innhold, se forskrift om forsikringsplikt § 6.

1.4.4 Pasientskadenemndas praksis

Pasientskadenemnda er klageinstans for både NPEs vedtak og forsikringsselskapenes avgjørelser. Den tolkning av regelverket som Pasientskadenemnda legger til grunn, vil således kunne bli retningsgivende både for NPE og forsikringsselskapene.

Pasientskadenemndas avgjørelser vil etter dette kunne bli presedensskapende og dermed fremme lik saksbehandling til tross for at saksbehandlingsreglene for NPE og forsikringsselskapene er ulike.

2 Pasientskadelovens virkeområde

2.1 Lovens geografiske virkeområde

Det avgjørende for om loven får anvendelse er om forholdet har slik tilknytning til Norge at det er naturlig å anvende norske erstatningsregler. Dersom forholdet ikke har tilstrekkelig tilknytning til Norge, kan norske domstoler anvende fremmed erstatningsrett²³.

2.1.1 Skader voldt i Norge

Hovedregelen er at bare helsetjenesten i Norge omfattes av loven jf. pasientskadeloven § 19 ”*skade som voldes i riket med Svalbard*”²⁴. Det er ikke avgjørende om pasienten fysisk oppholder seg i riket på skadetidspunktet. Dersom for eksempel en fastlege i Norge gir råd pr. brev eller e-post til en pasient som befinner seg i utlandet, vil denne pasienten også være vernet av loven²⁵.

2.1.1.1 Skader voldt i Norge, men med ”særskilt liten norsk tilknytning”

Dersom skadene som er voldt i Norge har en ”*særskilt liten norsk tilknytning*,” kan lovens virkeområde begrenses gjennom forskrift, jf. pasientskadeloven § 19 siste punktum. Det foreligger ikke i dag en slik forskrift.

2.1.2 Skader voldt i utlandet

I forarbeidene til pasientskadeloven²⁶ foreslo departementet at loven i utgangspunktet bare skulle gjelde for helsetjenester i Norge, men departementet åpnet samtidig muligheten for gjennom forskrift å utvide dette anvendelsesområde. Komiteen endret imidlertid dette, og lot skader voldt i utlandet bli omfattet av pasientskadeloven,

²³ Reglene om slikt valg er ulovfestede.

²⁴ Se lov 17. juli 1925 nr.11 § 1 annet ledd.

²⁵ Jf. Ørnulf Rasmussen, Norsk Lovkommentar (N.L) s. 3349, note 38.

²⁶ Ot.prp.nr.31 s. 57, pkt. 10.7.

forutsatt at behandlingen hadde skjedd ”i regi av den norske helsetjeneste”²⁷.

Eksempelvis kan nevnes at Rikstrykdeverket har finansiert en rekke norske ”ventelistepasienter” i utlandet, den såkalte ”utenlandsmilliarden”. Disse pasientene er omfattet av pasientskadeloven, selv om skaden har skjedd ved et utenlandsk sykehus.

Ifølge pasientskadeloven § 19 annet punktum skal skader voldt ved helsetjenester i utlandet som det offentlige helt eller delvis bekoster, omfattes av loven. Eksempelvis nevnes skader voldt i forbindelse med behandlingsreiser til utlandet. Dette er ofte tilfelle for hjertebropasienter hvor pasientene sendes fra det norske helsevesen til bestilt og betalt operasjon ved et utenlandsk sykehus²⁸. Disse pasientene skal altså omfattes av pasientskadeloven.

2.2 Lovens saklige virkeområde

Lovens saklige virkeområde reguleres i pasientskadeloven § 1. Fra januar 2004 vil pasientskadeloven gjelde både for den offentlige og private helsetjenesten. Både fysiske og psykiske skader omfattes av loven²⁹. Oppreisningskrav kan imidlertid ikke fremmes etter pasientskadeloven,³⁰ slike krav må dermed reises gjennom søksmål ved domstolene. Derimot omfatter pasientskadeloven mènnerstatningskrav, se skadeserstatningsloven av 13. juni 1969 nr. 26 § 3-2.

Avgrenskningskriteriene for lovens virkeområde knytter seg både til hvilke deler av helsevesenet som omfattes, hvem som er skadevolder og om det foreligger en pasientskade. Avgrensningen til skadestedet vil bare få selvstendig betydning når det ikke er helsepersonell som har påført skaden. Ifølge pasientskadeloven § 1 kan nemlig skadevolder i enkelte tilfeller være en som handler ”på vegne av” helsepersonell³¹.

²⁷ Jf. Innst.O.nr.68 s. 15.

²⁸ Jf. Rasmussen (N.L) s. 3349, pkt. 38.

²⁹ Jf. Ot.prp.nr.31 s. 55, pkt. 10.6.1.

³⁰ Jf. Ot.prp.nr.31 s. 56, pkt. 10.6.2.

³¹ Se eksempel i pkt. 2.2.2.

2.2.1 Hvilke deler av helsevesenet omfattes?

Ifølge pasientskadeloven § 1 får loven anvendelse på institusjoner i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Avgrensingen knyttes til om skaden er voldt innenfor rammen av enten spesialisthelsetjenesteloven av 2. juli 1999 nr.61, kommunehelsetjenesteloven av 19. november 1982 nr. 66 eller lov om psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr. 62. Dette gjelder uavhengig av om pasienten befinner seg på institusjonen eller om skaden inntreffer der.

Spesialisthelsetjenesten omfatter blant annet sykehus, fødehjem, spesialsykehjem, poliklinikker, daginstitusjoner og private forpleiningssteder³². Psykisk helsevern er undersøkelser og behandling av mennesker med psykisk lidelse som blir utført i spesialisthelsetjenesten. Eksempler på slike institusjoner er psykiatriske sykehus og poliklinikker, samt psykiatriske institusjoner for barn og ungdom ifølge lov om psykisk helsevern § 1-2.

Kommunehelsetjenesten omfatter kommunens helsetjenester, for eksempel kommunens helsestasjoner, fastlegeordning, legevakt og fysioterapi ifølge kommunehelsetjenesteloven § 1-1 og § 1-3. Privat helsevirksomhet som drives etter avtale med kommunen, omfattes også³³. Aldersboliger og liknende boformer som er regulert i lov om sosiale tjenester av 13. desember 1991 nr. 81, faller derimot utenfor loven. Lovgiver begrunner dette med at disse institusjonene ikke har til formål å behandle. Derimot omfattes apotekvirksomhet jf. pasientskadeloven § 1 annet ledd.

2.2.1.1 Skader voldt under ambulansetransport

Ambulansetransport omfattes også av lovens anvendelse jf. pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav b. I følge forarbeidene³⁴ er det ikke avgjørende om transportmiddelet kan karakteriseres som en ambulanse, men om transporten må anses som en

³² Jf. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61.

³³ Jf. kommunehelsetjenesteloven av 19. november 1982 nr. 66 §1-1, jf. §1-3.

³⁴ Jf. Ot.prp.nr. 31 s. 44, pkt. 10.3.2.4.

ambulansetransport. Eksempelvis nevnes tilfelle hvor drosje, rutefly eller privatbil benyttes til *organisert pasienttransport* i henhold til *avtale med helsetjenesten*.

2.2.1.2 Skader voldt under medisinske forsøk

Dersom en person får skader i forbindelse med medisinske forsøk, skal vedkommende også vernes av pasientskadeloven, jf. pasientskadeloven § 1 annet ledd. Dette gjelder selv om forsøkspersoner ikke er pasienter i snever forstand. Lovgiver mener det er naturlig at forsøkspersoner skal vernes av pasientskadeloven på lik linje med andre pasienter.

2.2.1.3 Skader voldt i helsepersonellens fritid

Dersom en lege i sin ferie gir råd eller hjelp til en pasient, har pasienten like stort behov for vern som når legen avgir sine råd i kontortiden. Tilliten til helsepersonellet er knyttet til person, og det kan ikke være avgjørende for pasienten om legen gir rådet i sin kontortid eller ikke.

2.2.2 Hvilke skadevoldere omfattes?

Skadevoldere i pasientskadeerstatningsrettens forstand omtales gjerne som helsepersonell. Ifølge pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav c er det kun ”helsepersonell” som har offentlig autorisasjon eller lisens³⁵ som omfattes av loven. Eksempler på helsepersonell som omfattes av loven er leger, sykepleiere, fysioterapeuter, jordmødre, tannleger, ortopediingeniører etc. Også den som handler ”på vegne av” helsepersonell, er omfattet av loven, selv om vedkommende ikke tilhører gruppen av helsepersonell i lovens forstand. Er dette tilfelle, kan det være av betydning å se nærmere på skadestedet for å avgjøre om pasientskadeloven kommer til anvendelse. Dersom en skade for eksempel voldes når en portør triller pasienten fra operasjonsstuen til sykehusrommet, vil denne pasientskaden omfattes av pasientskadeloven, selv om portøren ikke er helsepersonell i lovens forstand.

³⁵ Jf. Helsepersonelloven av 2. juli 1999 nr. 64 kap. 9.

Hva er tilfelle for helsepersonell uten autorisasjon eller lisens, som det er ønskelig at loven omfatter? Det kan for eksempel være en som utgir seg for å være lege, men som ikke har gyldig autorisasjon. I slike tilfeller foreligger det en forskriftshjemmel jf. pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav c. Det foreligger ikke i dag noen forskrift som regulerer dette.

2.2.3 Kravet om at det må foreligge en pasientskade

Selv om en skade er voldt av en skadevolder og på et skadested som omfattes av loven, er det ikke alltid naturlig at en pasientskadeordning skal dekke den. Det er i tillegg et krav om at det må dreie seg om en pasientskade. Hva som menes med pasientskade, fremgår av pasientskadeloven § 1 annet ledd. Skaden må være voldt under veiledning, undersøkelse, diagnostisering, behandling, ekspedisjon av legemidler fra apotek, pleie, vaksinasjon, prøvetaking, analyse av prøver, røntgen, forebygging av helseskader, i forbindelse med medisinsk forsøksvirksomhet, eller ved donasjon av organer, blod og vev.

Skader som ikke har noen naturlig tilknytning til helsetjenesten, faller således utenfor. Dersom for eksempel en lege skader noen ved uaktsom bilkjøring på sykehusområdet eller en pasient får en taksten i hodet fra taket på sykehuset, anses ikke dette som pasientskader.

2.2.4 Dekkes tredjepersoners krav?

Tredjepersoner er vernet etter alminnelig erstatningsrett. Derfor vil det være vanskelig å begrunne at tredjepersoner ikke skal være vernet etter pasientskadeloven³⁶. I pasientskadeloven § 2 første ledd heter det at både pasienten og *”andre som har lidt tap på grunn av pasientskade”* kan kreve erstatning. Tredjepersoner kan altså kreve erstatning forutsatt at det lidte tap er en *følge* av en pasientskade³⁷. Dersom en hustru mister sin mann som følge av at mannen er påført en pasientskade med døden til følge, kan hustruen følgelig kreve erstattet forsørgertap. Hvis mannen etter feilbehandling blir

³⁶ Se Ot.prp.nr.31 s. 53, pkt. 10.5.4.

sterkt pleietrengende, er hustruen også vernet av pasientskadeloven. Det kan tenkes at hustruen for eksempel må redusere sin arbeidsmengde for å være hjemme og pleie sin mann. Hun kan da kreve erstattet det inntektstapet dette medfører. Et annet eksempel er at mannen blir hiv smittet ved blodoverføring på sykehuset og så senere smitter sin hustru. Hustruen er da også vernet av pasientskadeloven.

2.3 Lovens virkeområde i tid

Pasientskadeloven gjelder for skader voldt etter lovens ikrafttredelse, jf. pasientskadeloven §§ 20 og 21. Det vil si at pasientskadeloven får anvendelse på skader voldt etter 1. januar 2003 i den offentlige helsetjenesten og etter 01.01.04 for skader voldt i den private helsetjenesten. Skader som er voldt før disse tidspunktene, avgjøres etter den midlertidige ordningens regler eller alminnelige erstatningsregler. Dersom skaden er voldt før den midlertidige ordningen, er det imidlertid alminnelige erstatningsregler som kommer til anvendelse.

³⁷ Se pkt. 3.3.

3 Grunnvilkårene for erstatning

3.1 Vilkår 1: Ansvarsgrunnlaget

Selv om pasientskaden faller innenfor pasientskadelovens virkeområde, gir det ikke uten videre skadelidte rett på erstatning. Et grunnvilkår er at det foreligger et *ansvarsgrunnlag*. Lødrup definerer ”ansvarsgrunnlag” som det vilkår for erstatningsplikt som direkte knytter seg til den skadevoldende handling. I norsk rett foreligger to hovedformer for ansvarsgrunnlag; subjektivt og objektivt grunnlag.

Ansvar etter det subjektive ansvarsgrunnlaget, også kalt culpaansvaret, er et ansvar for skader voldt ved en handling eller unnlatelse som er uaktsom eller uforsvarlig. Ansvar på objektivt grunnlag inntreder derimot selv om det ikke er noe å bebreide skadevolderen³⁸. Ved tilkjenning av erstatning på objektivt ansvarsgrunnlag er det i rettspraksis lagt vekt på om skaden er et utslag av stadig, typisk og ekstraordinær risiko ved den aktuelle skadevoldende virksomhet.

3.1.1 Ansvarsgrunnlagets utvikling i pasientskadeerstatningsretten

3.1.1.1 De alminnelige erstatningsrettslige regler

Etter de alminnelige erstatningsrettslige regler foreligger det flere ansvarsgrunnlag ved pasientskader. Hovedregelen er culpaansvaret, dvs. ansvar på subjektivt grunnlag. Utgangspunktet er at den som påfører skade ved å opptre uaktsomt, er erstatningsansvarlig. Eksempelvis vil en lege kunne bli erstatningsansvarlig dersom han eller hun ikke har overholdt de krav til faglig forsvarlig opptreden som må stilles til en alminnelig dyktig lege³⁹. For å avgjøre om legen har opptrådt uaktsomt, blir det foretatt en konkret skjønnsmessig vurdering av legens opptreden.

Et annet ansvarsgrunnlag etter de alminnelige erstatningsrettelige regler, er arbeidsgiveransvaret i skl. § 2-1. Erstatningskravet blir for eksempel rettet mot en sykehuseier. Hovedvilkåret etter skl. § 2-1 er at en ansatt, for eksempel en lege eller

³⁸ Jf. Peter Lødrup, ”Lærebok i erstatningsrett” kap.2 s. 109.

³⁹ Jf. NOU 1992:6, s.19, pkt. 3.3.2.1.

sykepleier, har forårsaket skaden ved uaktsom opptreden i tjenesten⁴⁰.

Aktsomhetsvurderingen er den samme som etter den alminnelige culparegel. Det kreves imidlertid ikke at skadelidte kan fastslå hvem av de ansatte som har opptrådt uaktsomt. Også såkalte anonyme feil⁴¹ pådrar arbeidsgiveren ansvar⁴². Arbeidsgiveransvaret kan dessuten inntre ved såkalte kumulative feil⁴³. Ifølge skl. § 2-1 nr. 1 første punktum skal det ved aktsomhetsvurderingen tas hensyn til *”om de krav skadelidte med rimelighet kan stille til virksomheten eller tjenesten er tilsidesatt”*.

Ifølge forarbeidene⁴⁴ til pasientskadeloven har det i tillegg til uaktsomhetsansvaret utviklet seg et ulovfestet objektivt ansvar for teknisk svikt. Høyesterett har ikke konkret tilkjent erstatning for skader på dette grunnlag, men har likevel uttalt at et slikt ansvarsgrunnlag må antas å foreligge ved pasientskader⁴⁵. Det er derimot i to underrettsdommer⁴⁶ blitt gitt erstatning på ulovfestet objektivt grunnlag ved teknisk svikt.

3.1.1.2 De midlertidige reglene

Etter de midlertidige reglene kan det synes regelfestet at erstatning som hovedregel blir gitt på objektivt grunnlag. Det fremgår av de midlertidige reglene § 2 at

⁴⁰ Det kreves ikke at ansettelsesforholdet er fast, jf. Peter Lødrup, ”Lærebok i erstatningsrett” s. 174, pkt. II.

⁴¹ Et eksempel på ansvar for anonyme feil, se RG 1970 s. 215, Gulating lagmannsrett fant at skaden skyldtes en uheldig rutine ved innstillingen av røntgenapparatet. Sykehuset ble holdt ansvarlig selv om det ikke kunne konstateres hvem som hadde innarbeidet rutinen.

⁴² Jf. ”Lærebok i erstatningsrett” av Peter Lødrup s. 182, pkt. IV.

⁴³ Med ”kumulative feil” menes at den enkeltes feil isolert sett ikke er tilstrekkelig til å stemple handlingen som uaktsom, men hvor summen av de ansattes handlemåte må karakteriseres som uaktsomhet”, jf. Peter Lødrup, ”Lærebok i erstatningsrett” s. 182, pkt. IV.

⁴⁴ Ot.prp.nr.31 s. 58, pkt. 11.1.

⁴⁵ Se Rt. 1960 s.1235, Rt. 1990 s.768, jf. NOU 1992:6 s. 22.

⁴⁶ Se RG 1951 s. 348 (Eidsivating) hvor en pasient fikk erstatning som følge av at en tannleges røntgenapparat falt ned i hodet på pasienten. I RG 1959 s.150 (Østre Bærum) fikk pasienten erstatning på grunn av en feil ved røntgenapparatet, slik at strålingsdosen ble for høy.

”Erstatning ytes ved fysisk skade forårsaket av undersøkelse, diagnostikk, pleie eller informasjonssvikt” og når ”skaden er en følge av infeksjon eller teknisk svikt ved medisinsk utstyr”. Dessuten ytes det erstatning ”ved skader som følger av en ulykke av annen art som sykehuset svarer for etter de alminnelige erstatningsregler.”

Ansvarsgrunnlaget etter § 2 modifiseres imidlertid av § 3, slik at hovedregelen i praksis inntreffer når behandlingen ikke har vært adekvat⁴⁷.

3.1.1.3 Bakgrunnen for pasientskadelovens ansvarsgrunnlag

Med utgangspunkt i de midlertidige reglene ble ansvarsgrunnlaget vurdert av pasientskadeerstatningslovutvalget. Utvalget gikk inn for et lovfestet objektivisert ansvar ved pasientskader. Det følger av NOU 1992:6 s.74, pkt. 9.3.1 at

”Utvalget tar utgangspunkt i de forventninger som pasienten må kunne stille til helsevesenets behandling til ham eller henne. Det er brudd på disse forventninger i form av skader m.v. , som det kan være aktuelt å gi erstatning for.” Videre presiseres at ”det er ikke naturlig å verne forventninger som går lengre enn at helsevesenet skal yte det beste (...) det kan imidlertid ikke være slik at helsevesenet påtar seg en garanti for at sykdommen eller skaden blir helbredet, og betaler erstatning hvor dette ikke blir resultatet. Uansett hvor alvorlige følgene av grunnsykdommen er, må de være pasientens risiko.”

På denne bakgrunn ble utvalgets forslag til ansvarsgrunnlag i utvalgets forslag til lovtekst formulert som et krav til at skaden skyldes *”feil eller svikt i forbindelse med undersøkelse...”*.

I Ot.prp.nr.31 går departementet inn for at pasientskadelovens regler om ansvarsgrunnlaget bør være *”omtrent like strenge som i de midlertidige reglene.”*

⁴⁷ I Ot.prp.nr.31 s.63, pkt. 11.4. hevdes det at ”dette er en regel som gjør det lettere å få erstatning enn etter uaktsomhetsregelen i den alminnelige erstatningsretten.”

I departementets lovforslag⁴⁸ ble hovedregelen om ansvar etter dette formulert som et krav om *"feil ved eller svikt i helsetjenesten..."*. Ordlyden i lovforslaget ble kritisert fra flere hold, blant annet påpekte Aslak Syse følgende⁴⁹: *"Her er det lett å forstå feilbegrepet med et innebygd krav til en form for subjektiv skyld. (...) Mens begrepet "svikt i" peker mot det mer objektiviserte ansvarsgrunnlaget, vil "feil ved" lettere peke mot det subjektivt klanderverdige som kan tillegges ett eller flere helsepersonell. Dette er en videreføring av kravet til subjektiv skyld i tradisjonell erstatningsrett, også kalt culpanormen."*

I innstillingen til odelstinget⁵⁰ endret imidlertid justiskomiteen ordlyden i bestemmelsen og fjernet ordet *feil*. Komiteen påpekte om bakgrunnen for endringen at *"terskelen for hvilke handlinger som kan karakteriseres som uaktsomme, skal være lavere enn i den alminnelige erstatningsrett"*. Dessuten presiserte komiteen at *"det er skaden og skaderesultatet som skal være avgjørende for om pasienten får erstatning, ikke om det kan påvises at enkeltpersoner har gjort feil eller utvist uaktsomhet"*.

3.1.2 Ansvarsgrunnlaget i pasientskadeloven

Ansvarsgrunnlaget for krav om erstatning for pasientskader reguleres i pasientskadeloven § 2. Utgangspunktet er at skaden som er voldt må skyldes ett av de forhold som er nevnt i pasientskadelovens § 2 første ledd bokstav a til e, jf. annet ledd, eller omfattes av tredje ledd.

3.1.2.1 "Svikt ved ytelsen av helsehjelp, selv om ingen kan lastes."

Ifølge bokstav a skal det ytes erstatning for skader som skyldes *"svikt ved ytelsen av helsehjelp..."* Spørsmålet er imidlertid hvordan *"svikt ved ytelsen av helsehjelp"* skal forstås i forhold til de to hovedansvarsformene i erstatningsretten; culpaansvaret og det objektive ansvar.

⁴⁸ Ot.prp.nr. 31 s.101, se § 2 første ledd bokstav a.

⁴⁹ Jf. Aslak Syse "Medisinske feil" s. 22 og 23.

⁵⁰ Innst.O.nr.68 s.10.

Det fremgår av Ot.prp.nr.31 at *"Departementet er enig med utvalget i at et alminnelig uaktsomhetsansvar bør dekkes av pasientskadeloven, jf. NOU 1992:6 s.76, men at dette bør skjerpes*⁵¹.*"* Culpavurderingen har tradisjonelt tatt utgangspunkt i en norm som ble utviklet i romerretten: handlemåten til den gode familiefar/bonus pater familias. Den gode familiefar anses som en normal, fornuftig og samvittighetsfull person. Skadevolderens handlemåte måles opp mot hvorledes en normal, fornuftig og samvittighetsfull person ville handlet⁵².

I utgangspunktet er culpanormen objektiv, dvs. at culpavurderingen i prinsippet skal være uavhengig av subjektive forhold hos skadevolder. For eksempel dersom en lege har dårligere evner til å stille diagnoser enn sine kolleger, skal det ikke være avgjørende hva den konkrete legen forstod eller burde forstått⁵³. Det er altså i utgangspunktet tale om en objektiv vurdering. Likevel er det i den alminnelige erstatningsrett lagt vekt på visse unnskyldningsgrunner. Lødrup⁵⁴ nevner eksempelvis at *"den lege som etter en større ulykke må arbeide langt utover normal arbeidstid, bør ikke stemples som uaktsom når han på grunn av tretthet begår en feil."* Det påpekes imidlertid at ikke enhver tretthet vil være unnskyldende; dersom legen for eksempel er trett etter festligheter, kan ikke dette godtas som en subjektiv unnskyldningsgrunn. Vektleggingen av subjektive unnskyldningsgrunner vil videre kunne variere med grad av spesialisering.

I forarbeidene⁵⁵ nevnes et eksempel fra rettspraksis, Rt. 1978 s. 482, hvor en pasient var påført sårskader etter røntgenbehandling. Høyesterett presiserte i dommen at *"ikke enhver menneskelig svikt som måtte forekomme under arbeidet med å helbrede sykdommer vil overstige den terskel hvor ansvar for uaktsomhet er på sin plass. En viss margin må det være for uhell hvor et dyktig og ansvarsbevisst personale gjør sitt beste, selv om det senere kan påvises at behandlingen ikke objektivt sett skulle ha vært*

⁵¹ Se Ot.prp.nr.31 s. 63, pkt.11.4.2.

⁵² Se Peter Lødrup "Lærebok i erstatningsrett" s. 125, pkt. III.

⁵³ Jf. Peter Lødrup "Lærebok i erstatningsrett" s. 152, pkt. VI.

⁵⁴ Se Peter Lødrup "Lærebok i erstatningsrett" s. 152, pkt. VI.

⁵⁵ Ot.prp.nr.31 s. 63, pkt. 11.4.2.

gjennomført som skjedd.” Denne dommen illustrerer ikke at subjektive forhold vektlegges, men derimot at terskelen mellom aktsom/uaktsomt ikke har vært for streng.

Når ansvarsgrunnlaget i pasientskadeloven omtales som et ”objektivisert ansvar” betyr det at culpavurderingen utelukker de subjektive unnskyldningsgrunner. Forarbeidene⁵⁶ nevner følgende eksempel: *”Selv om for eksempel en lege har handlet riktig utfra situasjonen slik legen oppfattet den, skal det altså ytes erstatning. Dette gjelder uansett om noen kan lastes for misforståelsen. Det er helsevesenet og ikke pasienten som skal ha risikoen for slike misforståelser.”* På denne bakgrunn er det i pasientskadelovens § 2 bokstav a tilført følgende lovtekst; *”...selv om ingen kan lastes.”* Hensikten med bestemmelsen er å få fokus bort fra spørsmålet om hvem som er skadevolder⁵⁷. Det avgjørende er om det foreligger en pasientskade som skyldes ett av pasientskadelovens erstatningsgrunnlag.

At subjektive unnskyldningsgrunner ikke skal tas med i ”culpavurderingen,” medfører at uaktsomhetsansvaret utvides og aktsomhetskravet til skadevolder skjerpes. Det følger imidlertid av forarbeidene⁵⁸ at *”selv om uaktsomhetsregelen skjerpes, skal handlingene til leger eller annet helsepersonell fremdeles sammenliknes med det som er vanlig god praksis i vedkommende yrkesgruppe”*⁵⁹. Dette er bakgrunnen for at det i pasientskadeloven § 2 annet ledd presiseres at *”det skal tas hensyn til om de krav skadelidte med rimelighet kan stille til virksomheten eller tjenesten på skadetidspunktet, er tilsidesatt.”* Bestemmelsen er på dette punkt identisk med skl. § 2-1 første ledd, første punktum. Det kreves altså at det foreligger en adferd fra skadevolder som avviker fra den normalforventning skadelidte kan ha til virksomheten.

⁵⁶ Jf. Ot.prp.nr.31 s. 64.

⁵⁷ I pasientskadeerstatningslovutvalgets mandat a) ble det fremhevet; *”...at lange og omfattende rettssaker mot leger og sykehus i urimelig grad fokuserer på de negative sider ved vårt helsevesen, noe som kan svekke tilliten til våre helsetilbud”*

⁵⁸ Ot.prp.nr.31. s. 64, pkt. 11.4.2.

⁵⁹ I andre nordiske land, blant annet Danmark, sammenliknes helsepersonell med en spesialist på vedkommende område.

Slik rettstilstanden ser ut i dag, har det alminnelige culpaansvar gått mot et ”culpa-light” ansvar, samtidig som det objektiviserte ansvarsgrunnlag etter pasientskadeloven vel blir forstått som en culpavurdering etter arbeidsgiveransvaret. Trolig er det i dag ikke store skilnader på disse ansvarsgrunnlagene.

3.1.2.2 Teknisk svikt gir objektivt ansvar

I pasientskadeloven § 2 bokstav b lovfestes det tidligere ulovfestede objektive ansvaret for teknisk svikt. Erstatningsansvar foreligger når skaden skyldes *”teknisk svikt ved apparat, redskap eller annet utstyr som er brukt ved ytelsen av helsehjelp.”*

Det objektive ansvaret har sin bakgrunn i at det er den virksomhet som yter helsehjelp som har best forutsetninger for å sørge for at det tekniske utstyret til enhver tid er i orden. Likevel er det ikke mulig å garantere seg mot at teknisk svikt ved apparater eller utstyr forekommer, men det må kunne forventes at ansvarlige for helsevirksomheten utfører alminnelig vedlikehold av apparater eller utstyr som brukes til medisinsk behandling. Pasientskadelovens § 2 annet ledd gjelder i prinsippet også i forhold til bokstav b. Skadelidte må kunne ha en forventning om at utstyrsvikt ikke skal opptre⁶⁰.

Ressursknapphet kan imidlertid ikke legitimere at det benyttes utstyr som er så mangelfullt at det er skadevoldende, jf. § 2 annet ledd annet punktum. Det må dessuten presiseres at bokstav b omfatter kun apparater eller utstyr som *”ytes til helsehjelp”*. Dersom for eksempel en kaffemaskin på sykehuset eksplodere og volder skade på en pasient, så er ikke dette et apparat som *”ytes til helsehjelp.”* Slik jeg tolker regelen i bokstav b, faller således dette tilfellet utenfor bestemmelsens ansvarsgrunnlag.

3.1.2.2.1 ”Smitte eller infeksjon”

Etter pasientskadeloven § 2 bokstav c foreligger det erstatningsansvar for skader som skyldes *”smitte eller infeksjon”*. Bestemmelsen dekker blant annet hiv/aids smitte

⁶⁰ Jf. Rasmussen (N.L.) s. 3344, note 9

gjennom blodoverføring⁶¹. Smitte eller infeksjon som skyldes pasientens tilstand eller sykdom faller utenfor ansvarsgrunnlaget⁶². Ansvarsgrunnlag etter bokstav c er objektivt. Bakgrunnen for at ansvaret er objektivt er at det kan være vanskelig å klargjøre om virksomheten har tatt tilstrekkelige forholdsregler mot smitte og infeksjon. Både prosessøkonomiske hensyn og hensyn til skadelidtes vanskelige bevisbyrde ligger til grunn for dette⁶³. Det objektive ansvaret for skader som skyldes infeksjon, gjaldt også under den midlertidige ordningen, se de midlertidige reglene § 2 første ledd annet punktum⁶⁴.

3.1.2.3 "Vaksinasjonsskader"

Ifølge pasientskadeloven § 2 bokstav d har skadelidte krav på erstatning for skader som skyldes "*vaksinasjon*". Bestemmelsen har sin bakgrunn i smittevernloven av 5. august 1994 nr. 55 § 8-2. Ansvarsgrunnlaget er objektivt og har lenge vært objektivt etter ulovfestet rett. Det objektive ansvaret begrunnes i at vaksiner ikke bare tas i den enkeltes interesse, men også for å hindre videre utbredelse av farligere sykdommer⁶⁵.

3.1.2.4 "Andre ansvarsforhold"

Etter pasientskadeloven § 2 bokstav e kan det dessuten kreves erstatning for forhold som medfører ansvar for helsepersonell eller helsetjenesten etter alminnelige erstatningsregler. Bestemmelsen er en sikkerhetsventil og fremstår som unødvendig. Tidligere ble bestemmelsen brukt for skader på sykehusområdet, men det er ikke tilfelle lenger.

⁶¹ Jf. Rasmussen (N.L.) s. 3344, note 10

⁶² Jf. Ot.prp.nr.31 s. 66, pkt. 11.4.4.3.

⁶³ Jf. Ot.prp.nr.31 s. 66, pkt.11.4.4.3.

⁶⁴ Det objektive ansvaret for skader som skyldes infeksjon etter de midlertidige reglene begrenses imidlertid av de midlertidige reglenes § 3 bokstav f, erstatning ytes *ikke* "når skaden skyldes infeksjon i områder med særlig høy bakteriekonsentrasjon eller hos pasienter med nedsatt motstandskraft."

⁶⁵ Jf. Ot.prp.nr.31 s. 67, pkt. 11.4.4.4.

3.1.2.5 Rimelighetsregelen, den særlige unntaksregelen

Dersom det ikke foreligger erstatningsgrunnlag etter pasientskadelovens § 2 første eller annet ledd kan skadelidte kreve erstatning etter rimelighetsregelen i tredje ledd.

Bakgrunnen for rimelighetsregelen er at departementet⁶⁶ mente at: *”...dagens billighetserstatningsordning ikke gir tilstrekkelig trygghet for pasientene....”*

Bestemmelsen fremstår som en sikkerhetsventil, som kun skal gis begrenset anvendelse i praksis.

Vilkårene for at skadelidte skal ha krav på erstatning etter rimelighetsregelen er at pasientskaden er *”særlig stor”* eller *”særlig uventet”*. Forarbeidene⁶⁷ nevner som eksempel *”at det ved en operasjon oppstår en svært sjelden og alvorlig komplikasjon som fører til at pasienten får skader som ikke står i rimelig sammenheng med det forhold pasienten er behandlet for”*. Foreligger det en kalkulert risiko for at skaden skal inntre, har skadelidte således i utgangspunktet ikke krav på erstatning etter rimelighetsregelen. Hvis derimot skadelidte for eksempel før en operasjon ikke er informert tilstrekkelig om slik risiko, kan det likevel være tale om erstatningsgrunnlag etter rimelighetsregelen.

Ifølge pasientskadeerstatningslovutvalget skal rimelighetsvurderingen skje ut fra pasientens *”tidligere tilstand, sykdommens art, behandlingens betydning og risiko, og skadens art og omfang”*. Departementet går her inn for at Pasientskadenemndas praksis skal videreføres⁶⁸.

3.2 Vilkår 2: Erstatningsmessig tap

Etter pasientskadeloven § 2 første ledd stilles krav om at pasienten (eller eventuelt tredjemann) må ha *”lidt tap”* som følge av pasientskaden. En forutsetning for å få

⁶⁶ Se Ot.prp.nr.31 s. 68, pkt. 11.4.5.

⁶⁷ Jf. Ot.prp.nr.31 s. 91.

⁶⁸ Eksempel: se Pasientskadenemndas sak 16/1988. I forbindelse med fjerningen av en tumor, ble pasientens urinblære perforert. Dette skjer svært sjeldent i forbindelse med den aktuelle behandling. Perforasjonen innebar at pasienten måtte opereres, og ble ifølge nemnda påført en større fysisk skade enn det var rimelig at hun måtte tåle.

erstatning er imidlertid at det er årsakssammenheng mellom det lidte tap og pasientskaden.

Det følger av pasientskadeloven § 4 at *”for tapsutmåling, skadelidtes medvirkning m.v. gjelder lov 13. juni 1969 nr. 26 om skadeserstatningsloven og alminnelige erstatningsregler.”* Erstatning for personskader reguleres i skl. kapittel 3. Skadelidte kan kreve erstattet både tap av økonomisk og ikke-økonomisk art.

Både påløpte utgifter, lidet inntektstap, utgifter i fremtiden og tap i fremtidig erverv kan kreves dekket etter skl. § 3-1. Erstatning for tap av forsørger reguleres i skl. § 3-4.

Ved mèn(er)statning kan det gis erstatning for ikke-økonomisk tap etter skl. § 3-2. Vilklårene for at skadelidte skal ha krav på mèn(er)statning er at skadelidte har fått *”...varig og betydelig skade av medisinsk art...”*. At skaden må være *betydelig* innebærer at invaliditeten må være minst 15 %⁶⁹.

Pasientskadeordningen dekker likevel ikke oppreisningskrav eller tap som er under kr. 5.000,- jf. pasientskadeloven § 4 første ledd annet punktum. Slike krav må eventuelt fremmes direkte overfor skadevolder eller behandlingsstedet etter alminnelige erstatningsrettslige regler.

Det foreligger ikke noen maksimalgrense for hvilke tap som kan erstattes etter pasientskadeloven § 4. I forbindelse med lovrevisjonen⁷⁰ ble det åpnet adgang for å fastsette maksimalgrenser for det erstatningsansvar et forsikringsselskap kan bli ansvarlig for å dekke i en enkelt sak eller overfor en forsikringstaker i en periode. Departementet foreslo at en slik maksimalgrense i tilfelle kunne fastsettes i forskrift⁷¹. Det fremgår av forskrift om forsikringsplikt § 6 bokstav c at vilklårene i forsikringsavtalen *”kan ikke begrense forsikringssummen til en sum lavere enn fem millioner kroner for et enkelt skadetilfelle og ikke begrense forsikringssummen til en*

⁶⁹ Jf. Peter Lødrup, ”Lærebok i erstatningsrett” s. 495, pkt. III .4.

⁷⁰ Se Ot.prp.nr.74 s. 28, kommentarer til § 8.

⁷¹ Jf. Innst.O.nr.110 s. 3, pkt. 5.1.

sum lavere enn 25 millioner kroner for den enkelte forsikringstakers ansvar per år.”
Utover dette dekkes erstatningen av Pasientforsikringsforeningen⁷².

3.3 Vilkår 3: Adekvat årsakssammenheng

Etter pasientskadeloven § 2 første ledd første punktum fremgår det at skaden må *”skyldes”* ett av de angitte erstatningsgrunnlagene. Vilkåret er altså at det må foreligge *en faktisk årsakssammenheng mellom den ansvarsbetingende handlingen og den inntrådte skaden*. Spørsmålet om årsakssammenheng må avgjøres etter de alminnelige erstatningsrettslige prinsipper for dette.

Ved pasientskader vil ofte flere årsaksfaktorer ha virket inn. I slike tilfelle kan det være vanskelig å avgjøre om den ansvarsbetingende handling eller unnlatelse er årsaken til at skaden inntrådte. Eksempelvis kan pasientens skader dels skyldes feilbehandling og dels den sykdommen pasienten har. Her kan det bare kreves erstatning for det tap feilbehandlingen har forårsaket, og ikke det tap grunnsykdommen har forårsaket.

Særskilte problemer oppstår imidlertid når flere skadeårsaker hver for seg er tilstrekkelig til å forårsake skaden, såkalte konkurrerende årsaker, og når flere årsaksfaktorer var nødvendige, men hver for seg ikke tilstrekkelige til å volde skaden, såkalte samvirkende årsaker⁷³. Foreligger det konkurrerende eller samvirkende årsaker, kan de ansvarlige bli solidarisk ansvarlig etter skl. § 5-3.

⁷² Se pkt. 4.2 siste avsnitt.

⁷³ Jf. Ot.prp.nr.31 s. 13, pkt. 3.2.4.

4 Fremsettelse av erstatningskravet

4.1 Skademeldingen⁷⁴

En forutsetning for at NPE eller vedkommende forsikringsselskap skal starte behandlingen av en pasientskadeerstatningssak, er at skadelidte har fremsatt et krav om erstatning. For å sikre notoritet skal skadelidte i utgangspunktet fremsette erstatningskravet skriftlig overfor NPE eller forsikringsgiver etter § 8, jf. pasientskadeloven § 9 første punktum.

Erstatningskravet fremsettes normalt ved at skadelidte fyller ut et skademeldingsskjema. Skademeldingsskjema kan fås ved henvendelse til NPE, en helseinstitusjon eller vedkommende forsikringsselskap. Dersom skadelidte er mindreårig⁷⁵ eller umyndiggjort, kan foreldrene til den mindreårige eller en verge fylle ut skademeldingen⁷⁶. Forsikringsselskapene og NPE opererer med nokså like skademeldingsskjemaer. I NPEs skademeldingsskjema skal skadelidte oppgi egne personalia, behandlingssted, en kort skadebeskrivelse, forsikring/trygdeforhold og om pasienten tror skaden vil medføre økonomiske tap eller utgifter på mer enn kr. 5.000,-.

NPE har i henhold til fvl. § 11 en alminnelig veiledningsplikt. Dette innebærer at dersom skadelidte har spørsmål i forbindelse med utfyllingen av skademeldingen, vil NPE være pliktig til å bistå med veiledning. Forsikringsselskapene har på sin side ingen lovbestemt veiledningsplikt overfor skadelidte.

Spørsmålet er om NPE har en veiledningsplikt i forbindelse med utfyllingen av forsikringsselskapenes skademeldingsskjema. I pasientskadeloven § 9 annet punktum gis skadelidte rett til å melde skaden til NPE selv om skaden ikke er skjedd i offentlig helsetjeneste. På denne bakgrunn kan det synes naturlig at NPE også har en viss veiledningsplikt i forbindelse med utfylling av skademeldingen. På den annen side er det imidlertid forsikringsselskapet som best kjenner sitt eget skademeldingsskjema. Jeg

⁷⁴ Skademeldingen er fristavbrytende i forhold til foreldelsesreglene, se pkt. 6.3.1.

⁷⁵ Mindreårig er den som ikke har fylt 18 år, jf. vergemålsloven av 22. april 1927 nr.3 § 1, annet ledd.

⁷⁶ Jf. Rasmussen (N.L.) s. 3346 note 25.

kan likevel ikke se det som problematisk at NPE her har en viss veiledningsplikt i forbindelse med utfylling av forsikringsselskapenes skademeldingsskjema.

At veiledningsplikten ikke er lovfestet for forsikringsbransjens vedkommende, har trolig ingen vesentlig betydning for skadelidte. Som regel vil nok forsikringsselskapene være hjelpelige med å fylle ut skademeldingen, selv om det ikke er noen lovfestet plikt. Dessuten er den alminnelige veiledningsplikten i forvaltingsloven meget generelt utformet og er sjelden gjenstand for rettsvirkninger. Denne ulikhet kan dermed ikke anses å ha noen vesentlig betydning for skadelidte.

4.1.1 I "særlige tilfelle" kan skadelidte fremsette erstatningskravet muntlig

Ifølge pasientskadeloven § 9 fjerde punktum kan skadelidte i "*særlige tilfelle*" fremsette erstatningskravet muntlig. Det fremgår ikke av forarbeidene hva lovgiver mener med et "særlig tilfelle". Slik jeg forstår det, vil et slikt særlig tilfelle for eksempel kunne tenkes hvor situasjonen er slik at skadelidte ikke er i stand til å skrive selv, og hvor det heller ikke er rimelig å vente at det er andre personer som kan bistå. I dette tilfellet bør skadelidte kunne fremsette erstatningskravet muntlig.

4.2 Hvem kan skadelidte fremsette erstatningskravet overfor?

I utgangspunktet skal "*krav om erstatning for pasientskade meldes skriftlig til Norsk Pasientskadeerstatning eller forsikringsgiver etter § 8,*" jf. pasientskadeloven § 9 første punktum. Det presiseres i forarbeidene⁷⁷ at krav som har inntruffet i offentlig helsetjenesten, skal behandles av NPE og må derfor meldes dit, mens krav som er inntruffet utenfor den offentlige helsetjenesten, altså i den private helsetjenesten, *bør* meldes skriftlig til det forsikringsselskap hvor skadevolder er ansvarsforsikret.

Etter pasientskadelovens § 9 annet punktum gis imidlertid skadelidte rett til å melde kravet til NPE selv om ikke skaden er voldt i den offentlige helsetjenesten.

Bestemmelsen har sin bakgrunn i at det i enkelte tilfelle kan være vanskelig for

⁷⁷ Jf. Ot.prp.nr.74 s. 28, pkt. 9, kommentarer til § 9.

skadelidte å avgjøre om skaden for eksempel er voldt i offentlig eller privat helsetjeneste, eller eventuelt hvilket forsikringsselskap som er rett adressat⁷⁸.

Imidlertid er både skadevolder og vedkommende forsikringsselskap forpliktet til å opplyse skadelidte om det foreligger en ansvarsforsikring, jf. FAL § 7-6 første ledd annet punktum.

For at skadelidte i slike tilfeller ikke skal unnlate å fremsette krav om erstatning på grunn av uvitenhet om hvor erstatningskravet skal fremmes, gis skadelidte dermed rett til å melde kravet til NPE under enhver omstendighet. Dersom NPE mottar et krav som skal behandles av et forsikringsselskap, skal NPE *”så snart som mulig”* sende kravet videre til vedkommende forsikringsselskap jf. pasientskadeloven § 9 tredje punktum.

Skadelidte er i tillegg også gitt anledning til å fremsette kravet direkte overfor helsepersonell eller en helseinstitusjon jf. pasientskadeloven § 9 femte punktum. Kravet skal i slike tilfelle meldes videre til vedkommende forsikringsselskap eller NPE.

I enkelte tilfelle kan det være tale om flere skadevoldere. Problemet oppstår dersom hver av skadevolderne har ansvarsforsikring i hvert sitt forsikringsselskap.

Det er tilstrekkelig at skadelidte fremsetter sitt krav for et av forsikringsselskapene.

Hvis flere forsikringsselskaper er ansvarlig etter skl. § 5-3, hefter de solidarisk, *”en for alle og alle for en”*. Forsikringsselskapene kan i neste omgang foreta regressoppgjør seg imellom.

Dersom skadevolder ikke har overholdt forsikringsplikten⁷⁹ etter pasientskadeloven § 8 første ledd, jf. forskrift om forsikringsplikt § 3, eller forsikringen viser seg ikke å være tilstrekkelig, *”skal tapet dekkes av de godkjente forsikringsgiverne⁸⁰ i fellesskap,”*

⁷⁸ I tvilstilfelle kan NPE avgjøre hvem som kan bli ansvarlig og som skal utrede saken, jf. pasientskadeloven § 10 første ledd annet punktum.

⁷⁹ Den som ikke overholder forsikringsplikten kan straffes med bøter eller fengsel inntil 3 mnd. jf. pasientskadeloven § 8 tredje ledd.

⁸⁰ Godkjente forsikringsselskaper er forsikringsselskaper som har fått konsesjon til å drive forsikringsvirksomhet, jf. FVL § 2-1 første ledd.

jf. pasientskadeloven § 8 annet ledd. Det siktes her til Pasientforsikringsforeningen. Ifølge forskrift om forsikringsplikt § 8 annet ledd skal i slike tilfeller *”utgiftene til dekning av tapet deles mellom forsikringsgiverne i forhold til innbetalt premie til dekning av ansvaret etter § 3 i det aktuelle forsikringsår”*. Ansvaret betegnes som solidarisk, men dekningen skal altså skje forholdsmessig⁸¹.

⁸¹ Jf. Departementets høringsuttalelser til utkast til forskrift om forsikringsplikt.

5 Avgjørelsesorganene

5.1 De private forsikringsselskapene

Forsikringsselskapene er organisert som aksjeselskaper⁸², allmennaksjeselskaper⁸³ eller gjensidige selskaper, jf. forsikringsvirksomhetsloven (FVL) av 10. juni 1988 nr. 39 § 3-1 første ledd.

For at et forsikringsselskap skal kunne tilby pasientskedeforsikring, må forsikringsselskapet oppfylle visse krav etter forsikringsvirksomhetsloven og være godkjent som forsikringsgiver etter forskrift om forsikringsplikt kapittel 3.

For det første må forsikringsselskapet ha konsesjon til å drive forsikringsvirksomhet etter FVL § 2-1. Det er Kredittilsynet som gir konsesjon. Ifølge forskrift om forsikringsplikt § 4 annet ledd gjelder ikke konsesjonskravet forsikringsselskaper fra andre EØS-land, som er godkjent i sitt hjemland.

For det annet må forsikringsselskapet skriftlig underrette Kredittilsynet om at pasientskedeforsikring med forskrifter vil bli tilbudt, og samtidig erklære at selskapet hefter i overensstemmelse med vilkårene i forskriften om forsikringsplikt § 6. Forsikringsvilkårene som nedfelles i forsikringsavtalen skal etter forskrift om forsikringsplikt § 6 meldes til Kredittilsynet. På denne måten sikrer lovgiver at pasientskadelovens ansvarsgrunnlag blir nedfelt i forsikringsavtalen.

Et forsikringsselskap som tilbyr pasientskedeforsikring, er i tillegg forpliktet til å yte tilskudd til driften av Pasientskadenemnda i tråd med NPE forskriften § 19, jf. forskrift om forsikringsplikt § 5 bokstav a. Dessuten må forsikringsselskapet delta i Pasientskedeforsikringsforeningen etter forskrift om forsikringsplikt kapittel 4, jf. forskrift om forsikringsplikt § 5 bokstav c.

Saksbehandlerne i forsikringsselskapene er hovedsakelig jurister eller økonomer.

⁸² Se aksjeloven av 13. juni 1997 nr. 44 § 1-1 (2)

⁸³ Se allmennaksjeloven av 13. juni nr. 45 § 1-1 (2)

5.2 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

NPE er et forvaltningsorgan som består av et styre og et råd. Forvaltningsorganet er underlagt Helsedepartementet.

Styret består av fem medlemmer som oppnevnes av Regjeringen, jf. NPE forskriften § 5 første ledd. Etter NPE forskriften § 6 skal Regjeringen ved oppnevning av styret ta hensyn til kontinuiteten i styrets sammensetning. Leder og nestleder oppnevnes for to år, mens de øvrige styremedlemmene oppnevnes for tre år av gangen. Styrets oppgaver er blant annet å føre kontroll og tilsyn med NPEs virksomhet, jf. NPE forskriften § 7.

Rådet oppnevnes av departementet. Representanter fra både departementet, de regionale helseforetakene, Kommunenes Sentralforbund, Norsk Pasientforening, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Forbrukerrådet skal være representert i rådet, jf. NPE forskriften § 8. Rådet møtes en gang i året og drøfter aktuelle problemstillinger knyttet til pasientskadeerstatningsordningen.

NPE har i dag ca. 70 ansatte. Saksbehandlerne er representert fra ulike profesjoner; jurister, økonomer, sykepleiere og leger.

5.3 Pasientskadenemnda

Pasientskadenemnda er et domstolslignende forvaltningsorgan, som ikke kan instrueres av departementet verken når det gjelder lovtolkning, skjønnsutøvelse eller avgjørelse av enkeltsaker⁸⁴. Ifølge pasientskadeloven § 16 første ledd er det Regjeringen som oppnevner leder, nestleder og medlemmer med personlige varamedlemmer til Pasientskadenemnda for tre år av gangen. Lederen skal ha juridisk embetseksamen. Etter pasientskadeloven § 16 annet ledd annet punktum skal to av medlemmene være medisinsk sakkyndige,⁸⁵ og ett av medlemmene skal være brukerrepresentant⁸⁶.

⁸⁴ Jf. Helsedepartementets uttalelser i forbindelse med utkast til endring av forskrift av 20. desember 2002 nr. 1625, se høringsnotatet pkt. 3.3 første avsnitt.

⁸⁵ De medisinsk sakkyndige skal ha erfaring fra ulike fagområder; allmennlegevirksomhet, og sykehusvirksomhet, jf. forskrift av 20. desember 2002 § 11 tredje ledd.

Nemnda skal i hver sak settes med fem medlemmer etter en sirkulasjonsordning som fastsettes av nemndas leder, jf. pasientskadeloven § 16 annet ledd. Ifølge NPE forskriften § 14 første ledd annet punktum kan Pasientskadenemnda i unntakstilfelle være beslutningsdyktig også med 4 medlemmer, og ved stemmelikhet avgjør da forhandlingslederens stemme.

Pasientskadenemnda har et eget sekretariat som står for saksforberedelsen, jf. pasientskadeloven § 16 første ledd. Etter NPE forskriften § 15 annet ledd fattes vedtak på grunnlag av sekretariatets skriftlige saksfremstilling etter muntlige drøftelser i nemndas møter.

5.3.1 Delegasjon av myndighet til leder eller sekretariat

Pasientskadenemnda kan delegere myndighet til leder eller sekretariat etter pasientskadeloven § 17 fjerde ledd. Slik delegasjon foreligger i dag for flere sakstyper; for eksempel er sekretariatet gitt myndighet til å avgjøre saker hvor det er fremsatt krav om dekning av advokatutgifter, og hvor det er klart at vilkårene for slik dekning er til stede⁸⁷.

⁸⁶ Brukerrepresentanten oppnevnes etter forslag fra Norsk Pasientsforening, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Forbrukerrådet, jf. forskrift av 20. desember 2002 § 11 fjerde ledd.

⁸⁷ Jf. Pasientskadenemndas interne brev av 4. mars 2003.

6 Saksbehandlingen i NPE og de private forsikringsselskapene

6.1 Problemstillinger

Under lovrevisjonen av pasientskadeloven stilte de fleste høringsinstansene seg positive til at forsikringsselskapene selv skal utrede de krav de kan bli ansvarlige for å dekke. Høringsinstansene NPE og Pasientskadenemnda derimot *”stiller i hovedsak spørsmål ved om det er heldig at saksbehandlingen skal følge ulike regler og prinsipper, avhengig av om skaden er skjedd i offentlig eller privat helsevesen”*⁸⁸.

Videre påpekte Sekretariatet for Pasientskadenemnda og Norsk Pasientskadeerstatning: *”...at Norsk Pasientskadeerstatning etter forvaltningsloven, jf. § 17, er forpliktet til å innhente informasjon for å behandle kravet, mens forsikringsselskapene etter FAL § 8-1 gjør det opp til pasienten å underbygge sitt krav. I tillegg pekes det på at FAL § 8-5 innebærer at pasienten må melde sitt krav innen ett år etter at han fikk kunnskap om de forhold som begrunner kravet for å ikke miste retten til erstatning. For Norsk Pasientskadeerstatning gjelder den alminnelige foreldelsesfristen på tre år etter foreldelsesloven § 9.”*

Sekretariatet omtaler her pasienten som den som er ”sikrede” etter FAL. Imidlertid er dette feil forståelse av begrepet ”sikrede”. Jeg viser i denne forbindelse til min redegjørelse⁸⁹ om hvem som etter FAL er ”sikrede”, se FAL § 1-2 bokstav c annet punktum; *”...I ansvarsforsikring er sikrede den hvis erstatningsansvar er dekket.”* Det er viktig å ha begrepsbruken klart for seg når man skal sammenlikne saksbehandlingen i henholdsvis NPE og forsikringsselskapene. Jeg omtaler pasienten som ”skadelidte”. Med uttrykket ”sikrede” sikter jeg til skadevoldersiden (forsikringstakeren eller helsepersonellet).

For å belyse de prosessuelle reglene i praksis henviser jeg enkelte steder til NPEs pasienttilfredsundersøkelse. Undersøkelsen ble utført i 2003. Det ble gjort et utvalg av

⁸⁸ Ot.prp.nr.74 s.11, pkt. 3.3.

⁸⁹ Se pkt. 1.3.2

500 pasienter som fikk avgjort sin sak i perioden januar til april 2003. Av disse svarte 306 på undersøkelsen.

Enkelte opplysninger relaterer seg til intervjuer jeg har foretatt i forbindelse med oppgaven. Forsikringsselskapene har vært lite meddelsomme og er svært tilbakeholdne med å utgi interne retningslinjer for saksbehandlingen. Jeg har kun fått kopi av Jernbanepersonalet Forsikringsselskaps "ti bud," disse vedlegges som eksempel på at det eksisterer interne retningslinjer under saksbehandlingen i forsikringsselskapene, (se vedlegg 4).

Det spørsmål som jeg skal forsøke å besvare, er om det vil bli problematisk at forsikringsselskapene i første instans skal behandle og avgjøre de krav de kan bli ansvarlige for å dekke. Vil skadelidtes rettsstilling bli like godt ivaretatt under saksbehandlingen i henholdsvis NPE som de private forsikringsselskapene?

6.2 Saksforberedelsen

Det fremgår av pasientskadeloven § 10 første ledd at *"Norsk Pasientskadeerstatning eller den forsikringsgiveren som kan bli ansvarlig etter § 8, utreder saken."* Med "utrede" menes å forberede saken for en avgjørelse.

Saksforberedelsen starter idet NPE eller forsikringsselskapet mottar erstatningskrav fra skadelidte. Arbeidet med å samle inn relevant informasjon og dokumentasjon⁹⁰ settes da i gang.

NPE er pålagt saksforberedelse etter fvl. § 17 første ledd, der det heter at *"forvaltningsorganet skal påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes"*. Hensikten med saksforberedelsen er å få en så god oversikt som mulig over sakens faktum før det tas en avgjørelse i saken. Forvaltningsorganets plikt til å opplyse saken kan sees som et utslag av et inkvisisjonsprinsipp, som er det motsatte av

⁹⁰ For eksempel pasientens primære/sekundære journaler, kurver, henvisningsbrev, røntgenbilder, tryggedokumenter, ligningsdokumenter etc.

disposisjonsprinsippet. Dette innebærer at forvaltningsorganet på egen hånd, og utover det som partene anfører, er pliktig til å sørge for sakens opplysning.

Ifølge NPEs interne retningslinjer, skal saksforberedelsen i utgangspunktet ikke ta mer enn fem uker. Når saksforberederen har samlet inn all relevant informasjon i saken, sendes den videre til en saksbehandler.

FAL pålegger ikke forsikringsselskapene en slik saksforberedelse som forvaltningsloven gjør overfor NPE. Derimot fremgår det av FAL § 8-1 at *sikrede* skal gi selskapet opplysninger og dokumenter slik at selskapet kan beregne sitt ansvar og utbetale erstatning. I NOU 2000:23 ”Forsikringsselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger,” foreslås FAL § 8-1 endret, slik at den som gjør direkte krav etter FAL § 7-6 og § 7-7 gjeldene mot selskapet uten å være sikret skal ha en opplysningsplikt⁹¹. Dette er i samsvar med Høyesteretts syn, se Rt. 1998 s. 1297. Utvalget foreslår etter dette at bestemmelsen får følgende ordlyd: *”Den som vil fremme krav mot selskapet, skal gi selskapet de opplysninger og dokumenter som er tilgjengelig for ham eller henne, og som selskapet trenger for å beregne sitt ansvar og utbetale erstatningen.”*

Selv om det i dag ikke uttrykkelig fremgår av FAL at skadelidte må opplyse saken, er det etter lang og fast forsikringspraksis i utgangspunktet den som krever erstatning som må dokumentere eller sannsynliggjøre kravet. Dette er et utslag av disposisjonsprinsippet⁹².

6.2.1 Forhåndsvarsel

Et grunnleggende prinsipp i både domstolsprosessen og forvaltningsprosessen er det kontradiktoriske prinsipp. Partene skal gjøres kjent med hverandres anførsler og gis adgang til å imøtegå disse. Bestemmelsene om forhåndsvarsel i fvl. § 16, reglene om partsoffentlighet i § 17 annet og tredje ledd og partenes innsynsrett etter § 18 flg. er utslag av det kontradiktoriske prinsipp i forvaltningsretten.

⁹¹ Jf. NOU 2000:23 s. 120, pkt. 15.1.2.

⁹² Se tvml. 86 første ledd.

NPE skal etter fvl. § 16 varsle det angitte behandlingssted/skadevolder om at det er fremsatt krav om erstatning, og det skadevoldende behandlingssted skal gis mulighet til å uttale seg i saken.

I praksis foregår varsling ved at NPE oversender kopi av skademeldingsskjema til skadevolder. Dette er også praksis i forsikringsbransjen.

I henhold til FAL § 7-6 annet ledd skal forsikringsselskapet ”uten ugrunnet opphold” varsle sikrede om erstatningskravet som er fremmet overfor selskapet.

6.3 Bistand av advokat

Etter fvl. § 12 kan skadelidte alltid søke bistand av advokat for å fremme krav om erstatning. NPE skal være et nøytralt organ med selvstendig ansvar for sakens opplysning. I forsikringsretten er det i vesentlig grad opp til skadelidte å underbygge sitt erstatningskrav. Det antas derfor at skadelidte vil ha større behov for advokatbistand under saksbehandlingen i forsikringsselskapene enn i NPE.

Utgifter til advokathjelp dekkes dersom NPE eller vedkommende forsikringsselskap, har truffet vedtak om det, eller dersom utgiftene må regnes som tap som følge av skaden, jf. pasientskadeloven § 11 første punktum. Skadelidte kan etter pasientskadeloven § 11 annet punktum kreve at den som utreder saken skal treffe en forhåndsavgjørelse for å få avklart hvilke advokatutgifter som vil bli dekket.

Det er påpekt at en del klienter opplever stor usikkerhet og uro knyttet til innvilgelse eller avslag til advokathjelp. Dette ble opplevd som en stor ekstra belastning i en ellers vanskelig situasjon⁹³.

6.4 Avvisningsgrunner

Idet saksbehandler mottar saken, vil det først bli tatt stilling til om det foreligger noen avvisningsgrunner. Dette gjelder både i NPE og forsikringsbransjen. De vanligste

⁹³ Jf. Statskonsults rapport ”Evalueringsrapport av Norsk Pasientskadeerstatning” s. 17.

avvisningsgrunner er at skaden meldes for sent (foreldelse), at skaden ikke omfattes av pasientskadelovens virkeområde, eller at det økonomiske tap er under kr. 5.000,-.

Dersom det er klart at det foreligger en avvisningsgrunn, fatter NPE et avvisningsvedtak som sendes til skadelidte. Både forsikringsselskapets avgjørelse og NPEs vedtak om avvisning av erstatningskrav, kan påklages til Pasientskadenemnda, jf. NPE forskriften § 9 første ledd annet punktum. For NPE ville dette også fulgt av fvl. § 28.

6.4.1 Foreldelse som avvisningsgrunn

I henhold til pasientskadeloven § 5 skal bestemmelsene i foreldelsesloven av 18. mai 1979 nr. 18 anvendes ved vurderingen av om erstatningskravet er foreldet. Ved skadeserstatning reguleres foreldelsesfristen i fl. § 9. Dersom ikke erstatningskravet er fremsatt før det har gått 3 år siden skadelidte *fikk* eller *burde ha skaffet seg* nødvendig kunnskap om skaden skal erstatningskravet avvises, jf. fl. § 9.

For forsikringsselskapenes vedkommende må fl. § 9 suppleres med særregelen i FAL § 8-6 annet ledd *”ved ansvarsforsikring foreldes selskapets ansvar etter de samme regler som gjelder for sikredes erstatningsansvar”*. Bestemmelsen avskjærer muligheten for at skadelidte, som gjør direkte krav mot skadevolders ansvarsforsikring på et tidspunkt hvor erstatningskravet mot skadevolder fortsatt består, blir møtt med den innsigelse at selskapets ansvar er foreldet⁹⁴.

6.4.2 Pasientskadelovens virkeområde som avvisningsgrunn

NPE skal avvise saken når pasientskaden ikke omfattes av pasientskadelovens virkeområde, se kapittel 2. Eksempelvis dekkes ikke oppreisningskrav etter skl. § 3-5 av de materielle bestemmelsene i pasientskadeloven. Hvis skadelidte fremsetter krav om oppreisning vil NPE dermed avvise et slikt erstatningskrav.

⁹⁴ Jf. Andreas Arntzen ”Ansvarsforsikring” s. 235, pkt. 16.23.

For forsikringsselskapene må en avvisningsvurdering ta utgangspunkt i forsikringsavtalen og de nærmere vilkår i denne. Etter forskrift om forsikringsplikt heter det imidlertid om virkeområde for pasientskedeforsikringer som tilbys at disse i hvert fall må dekke de skader som følger av pasientskadeloven § 1. I forskrift om forsikringsplikt § 3 tredje ledd første punktum heter det:

”den som yter helsehjelp skal tegne forsikring for virksomhet utenfor den offentlige helsetjenestene hos godkjent forsikringsgiver til dekning av pasientskade som nevnt i pasientskadeloven § 1, jf. §§2-4 og helsepersonelloven § 20.

Det bemerkes imidlertid at forsikringsselskapene står fritt til å tilby dekning for skader utover denne forsikringsplikten. Dette fremgår også av departementets uttalelser⁹⁵ i forbindelse med utkast til forskrift om forsikringsplikt; *”Helsepersonell vil imidlertid selv kunne velge å tegne forsikring både for krav under kroner 5.000,- og for ansvaret etter skadeserstatningsloven § 3-5”*.

Dersom forsikringsvilkårene omfatter forhold som faller utenfor pasientskadeloven, eksempelvis oppreisningskrav, kan følgelig forsikringsselskapet ikke avvise erstatningskravet på dette grunnlag. Det bemerkes imidlertid at behandlingen av slike krav faller utenfor virkeområdet til pasientskadeloven og at slike krav dermed heller ikke kan påklages til Pasientskadenemnda, jf. pasientskadeloven § 15. Skader som ikke dekkes av NPE eller som det ikke er oppstilt forsikringsplikt for, vil ikke bli behandlet av Pasientskadenemnda⁹⁶. Heller ikke en tvist om slike tilleggsdekninger i det hele tatt foreligger vil kunne bringes videre til Pasientskadenemnda.

6.4.3 Beløpsgrensen som avvisningsgrunn

Etter pasientskadeloven § 4 første ledd annet punktum dekkes *ikke* økonomisk tap under kr. 5.000,-, såkalte småskader. Bestemmelsen er begrunnet i ressurs- og effektivitetshensyn. NPE skal alltid avvise slike erstatningskrav. Skadelidte kan

⁹⁵ Se departementets uttalelser s. 2 pkt. 4.1, siste avsnitt.

⁹⁶ Jf. Ot.prp.nr. 74 s. 30.

imidlertid kreve slike småskader dekket av skadevolder etter alminnelige erstatningsrettslige regler.

Hvorvidt også forsikringsselskapene vil kunne avvise erstatningskrav på grunnlag av at det økonomiske tap anses å være under kr. 5.000,-, vil bero på innholdet i forsikringsavtalen. Slike krav faller som nevnt utenfor forsikringsplikten for helsepersonell, men kan følge av en eventuell tilleggsdekning.

6.5 Saksbehandlingskrav

Et grunnleggende krav til forvaltningen er at saksgjørelsen treffes på grunnlag av en forsvarlig behandling, jf. forvaltningslovens regler og det ulovfestede krav om forsvarlig saksbehandling. Brudd på forsvarlighetskravet kan føre til at avgjørelsen blir kjent ugyldig i klageomgangen eller av domstolene på grunn av saksbehandlingsfeil⁹⁷.

Saksbehandlingsreglene i forsikringsretten er begrunnet i andre legislative hensyn enn i forvaltningsretten. I forsikringsretten er det få lovbestemmelser som sikrer skadelidtes rettsstilling under saksbehandlingen. For å sikre forsvarlig saksbehandling benytter forsikringsbransjen interne retningslinjer for saksbehandlingen. Disse retningslinjene er imidlertid i svært liten grad tilgjengelig for skadelidte.

6.5.1 Habilitetskrav

I forvaltningsloven kapittel II stilles det krav om at enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, for eksempel NPE, ikke må være "ugild" (dvs. inhabil). At en person er inhabil vil si at det foreligger omstendigheter som er egnet til å svekke tilliten til hans upartiskhet⁹⁸. Habilitetsreglene omfatter ikke bare den som treffer en avgjørelse, men også de som tilrettelegger grunnlaget for den, dvs. de som har med saksforberedelsen å gjøre. Det må skilles mellom dem som har til oppgave å være med i

⁹⁷ Jf. Hans Petter Graver, "Forvaltningsprosessen" s. 11, pkt. 1.1.

⁹⁸ Jf. Torstein Eckhoff og Eivind Smith, "Forvaltningsrett", 6. utgave, s. 400, pkt. I.

saksbehandlingen og de øvrige ansatte som kommer med mer ”tilfeldige” ytringer i forbindelse med saken⁹⁹.

Når en person anses som inhabil, fremgår av fvl. § 6. Loven skiller mellom absolutte og relative inhabilitetsgrunner. De absolutte inhabilitetsgrunnene reguleres i første ledd bokstav a til e, og de relative i annet ledd. Dersom et av de angitte forholdene i første ledd foreligger er det ikke nødvendig å vurdere saken nærmere. Personen anses således som inhabil når han selv er part i saken (bokstav a), er i slekt eller svogerskap med en part i opp- eller nedstigende linje eller i sidelinjen så nær som søsken (bokstav b), når han har vært gift med¹⁰⁰ eller er forlovet med¹⁰¹ eller er fosterfar, fostermor eller fosterbarn til en part (bokstav c), når han er verge eller fullmektig for en part i saken som (bokstav d), eller når han er leder/styremedlem for et selskap som er part i saken (bokstav e).

Til de relative inhabilitetsgrunnene i annet ledd knytter det seg en skjønnsmessig vurdering av forholdet. Etter annet ledd er saksbehandleren inhabil når det foreligger ”særegne forhold” som er egnet til å svekke tilliten til hans upartiskhet. Ved vurderingen skal det legges vekt på om avgjørelsen i saken kan innebære særlig fordel, tap eller ulempe for ham selv eller noen han har personlig tilknytning til. Dessuten skal det etter annet ledd tredje punktum legges vekt på om *”ugildhetsinnsigelse er reist av en part.”* Hensikten med sistnevnte bestemmelse er at dersom partene har tillit til personen, vil det ofte ikke være nødvendig for forvaltningsorganet å ta stilling til den relative inhabilitetsgrunn.

I FAL stilles det derimot ikke habilitetskrav til forsikringsselskapenes saksbehandlere. Imidlertid opplyser forsikringsselskapene at det etter interne retningslinjer stilles krav om habilitet under saksbehandlingen. Selskapenes etiske prinsipper vil normalt også

⁹⁹ Jf. Hans Petter Graver, ”Forvaltningsprosessen” s. 52, pkt. 4.1.2.

¹⁰⁰ Uttrykket ”gift med” må tolkes analogisk, og får således anvendelse for samboerforhold, jf. Hans Petter Graver, ”Forvaltningsprosessen”, s. 55, pkt. 4.1.4.

¹⁰¹ Regelen om forlovelse gjelder bare den personen man er forlovet med for tiden. En person man har vært forlovet med er man ikke automatisk inhabil i forhold til, jf. Hans Petter Graver, ”Forvaltningsprosessen”, s. 56, pkt. 4.1.4.

omhandle forholdet til habilitet. Forsikringsselskapenes egne retningslinjer må likevel antas å være mindre konsistente på dette området enn habilitetskravene i forvaltningsretten.

6.5.2 Informasjon og veiledningsplikt

Forutsetningen for at en part skal kunne uttale seg i saken etter det kontradiktoriske prinsipp, er at vedkommende får informasjon om motpartens anførsler.

Både i NPE og forsikringsselskapene er saksbehandlingen skriftlig. Det betyr at informasjonen stort sett gis i skriftlig form. Dette sikrer notoritet, og dette er en fordel i kompliserte saksforhold. Skriftligheten suppleres med informasjon som innhentes gjennom telefon og møter med skadelidte, og som oftest resulterer i skriftlige nedtegnelser.

NPE har en alminnelig veiledningsplikt etter fvl. § 11. Hensynet bak veiledningsplikten er å sørge for at partene gis adgang til å ivareta sitt tarv i bestemte saker på best mulig måte¹⁰². Etter fvl. § 11 tredje ledd må omfanget av veiledningen tilpasses det enkelte forvaltningsorgans situasjon og kapasitet til å påta seg slike oppgaver. Dette betyr ikke at NPE har frihet til selv å bestemme omfanget av den veiledningen som skal gis, og NPE kan heller ikke under henvisning til denne bestemmelsen generelt avstå fra å yte veiledning¹⁰³. Veiledningens omfang må tilpasses den enkeltes behov, jf. fvl. § 11 fjerde ledd første punktum. Ifølge forvaltningslovens forarbeider¹⁰⁴ hjemler bestemmelsen ikke plikt til å iverksette noen omfattende undersøkelse for å finne frem til en parts veiledningsbehov.

Det fremgår av fvl. § 17 tredje ledd at *"partene bør også for øvrig gjøres kjent med opplysninger av vesentlig betydning som det må forutsettes at de har grunnlag og*

¹⁰² Ifølge pasienttilfredsundersøkelsen er 52 % av de spurte fornøyd med NPEs informasjon underveis i saksbehandlingen, mens 29 % er misfornøyd. Av de som har fått medhold er 67 % fornøyd, mens 42 % av de som har fått avslag er fornøyd.

¹⁰³ Se Ot.prp.nr.75 s. 59 (1993-1994) (forvaltningslovens forarbeider.)

¹⁰⁴ Ot.prp.nr.75 s. 59

interesse for å uttale seg om, og som parten etter § 18 jf. § 19 har rett til å gjøre seg kjent med”.

I FAL lovreguleres kun forsikringsselskapets informasjons- og veiledningsplikt overfor sikrede, jf. FAL § 7-6 annet ledd første punktum, hvor det fremgår at selskapet skal *”varsle sikrede uten ugrunnet opphold og holde sikrede underrettet om den videre behandling av kravet.”* Skadelidte har altså ikke krav på informasjon eller veiledning fra selskapet etter FAL, men vanligvis vil nok forsikringsselskapene likevel bistå med slik bistand overfor skadelidte.

6.5.3 Taushetsplikt

Utgangspunktet er at enhver som utfører tjeneste eller arbeid for NPE *”plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om”* jf. fvl. § 13. Dette gjelder både personlige forhold og drifts- eller forretningshemmeligheter, jf. fvl. § 13 første ledd nr.1 og nr.2.

Det er her taushetsplikten om personlige forhold som er mest relevant i forhold til pasientskadeerstatningskrav. Hva som menes med ”personlige forhold,” avgrenses negativt i fvl. § 13 annet ledd. For å avklare hvilke personlige forhold som taushetsplikten omfatter, kan det være klargjørende å se på formålet med bestemmelsen, som er å verne private interesser¹⁰⁵. Med begrepet ”personlig” siktes det til at det må dreie seg om *”noe som det er vanlig å ønske og holde for seg selv”*. I teorien¹⁰⁶ nevnes eksempelvis at en person har fysiske eller psykiske problemer, sykdom eller handicap av en eller annen art, om at han mottar sosialhjelp eller trygd etc.

Det er ofte sensitive opplysninger om skadelidte som fremkommer i forbindelse med behandling av pasientskadeerstatningskrav. I personopplysningsloven av 14. april 2000 nr. 31 § 2 nr. 8 defineres *”sensitive personopplysninger”* blant annet som helseforhold, se § 2 nr. 8 bokstav c.

¹⁰⁵ Jf. Hans Petter Graver, ”Forvaltningsprosessen” s. 66, pkt. 4.2.4.

¹⁰⁶ Se Torstein Eckhoff og Eivind Smith, ”Forvaltningsrett”, 6. utgave, s. 438 pkt. II.

Både NPE og forsikringsselskapene er bundet av personopplysningslovens bestemmelser. Etter loven kan sensitive personopplysninger bare behandles dersom behandlingen oppfyller et av de forhold som er nevnt i popplyl. § 9. Det foreligger for eksempel samtykke fra den det gjelder til å behandle slike opplysninger under saksbehandlingen, jf. popplyl. § 9 første ledd bokstav a.

Unntakene i fvl. § 13 a til f modifierer imidlertid hovedregelen om taushetsplikten i fvl. § 13. Overfor den som opplysningene direkte gjelder, er det ikke påkrevd med taushetsplikt jf. fvl. § 13 a nr. 1. Dette gjelder også dersom den som har krav på hemmelighold, samtykker. Taushetsplikten gjelder heller ikke i forhold til sakens parter jf. fvl. § 13 b nr. 1. Partenes innsynsrett etter fvl. § 18 flg. går altså foran reglene om taushetsplikt¹⁰⁷. Imidlertid får partene etter dette taushetsplikt etter fvl. § 13 b annet ledd. Taushetsplikten er heller ikke til hinder for at opplysningene brukes til det formål de er innhentet for, eksempelvis behandling av saken, jf. fvl. § 13 b nr. 2. Dessuten kan opplysningene gjøres tilgjengelig for andre tjenestemenn innen NPE, jf. fvl. § 13 b nr. 3.

I tillegg til at forsikringsselskapene er bundet av personopplysningsloven, er de også underlagt taushetsplikt etter FVL § 1-3. Etter bestemmelsen første ledd har ansatte og tillitsvalgte i et forsikringsselskap taushetsplikt med hensyn til opplysninger de får om andres forretningsmessige eller private forhold, med mindre de etter lov har plikt til å gi opplysninger. Det samme gjelder den som utfører oppdrag for forsikringsselskap, for eksempel en sakkyndig, se FVL. § 1-3 første ledd annet punktum.

6.6 Bevisregler

Det følger av forarbeidene¹⁰⁸ at etter departementets vurdering *”bør domstolenes og Pasientskadenemndas praksis i utgangspunktet opprettholdes når det gjelder bevisregler”*. Domstolenes praksis følger i stor grad av bevisreglene i tvistemålsloven av 13. august 1915 nr. 6.

¹⁰⁷ Jf. Torstein Eckhoff og Eivind Smith, ”Forvaltningsrett”, 6. utgave, s. 441, pkt. II.

¹⁰⁸ Se Ot.prp.nr.31 s. 70, pkt. 12.

6.6.1 Bevisføringen

Etter fvl. § 17 første ledd er det NPE og Pasientskadenemnda som skal påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes. Det betyr at NPE og Pasientskadenemnda har ansvaret for å samle inn fakta/bevis i saken. Når forsikringsselskapene behandler erstatningssaken har skadelidte ansvaret for å bevise eller sannsynliggjøre at vedkommende har krav på erstatning.

Bevisføringen er i hovedsak skriftlig både i NPE, Pasientskadenemnda og forsikringsselskapene.

6.6.2 Bevisbyrde og bevisvurderingen

I Pasientskadeerstatningsutvalgets mandat ble utvalget anmodet om å vurdere om det burde utarbeides særlige bevisbyrdereregler ved pasientskadeerstatningssaker. Det ble påpekt at de alminnelige erstatningsrettslige reglene var utilfredstillende, blant annet fordi det ofte var vanskelig for pasienten å bevise at skaden skyldes uaktsomhet fra helsevesenet¹⁰⁹. Utvalget kom til at særlige bevisregler ikke var nødvendig eller hensiktsmessig og begrunnet dette med følgende momenter¹¹⁰:

”Regelen om at det er skadelidte som har bevisbyrden for årsakssammenheng m.v. er ikke unntaksfri. Hvor det er sykehuset/legen m.v. som er den nærmeste til å gi opplysninger om faktum, eller hvor disse har forsømt å ta vare på data av verdi for klarleggingen av de faktiske forhold, vil dette snu bevisbyrden i skadevolderens disfavør -Rt.1989 s. 674¹¹¹. Videre er det slik at bevisets styrke må tilpasses partenes

¹⁰⁹ Se NOU 1992:6 s. 59.

¹¹⁰ Se Ot.prp.nr.31 s. 70, pkt. 12.

¹¹¹ I Rt. 1989 s. 674 ble en sykehuseier kjent erstatningsansvarlig etter skl. § 2-1. Under en strumaoperasjon ble stemmebåndene på begge sider permanent skadet. Det forelå bevistvil om operasjonen hadde vært gjennomført på en fullt forsvarlig og aktsom måte. Operasjonsbeskrivelsen var kortfattet og uklar på flere punkter. Høyesterett lot bevistvilen gå i disfavør av sykehuset. Førstvoterende,

bevisposisjoner – bevisvurderingen vil ta hensyn til dem.” Pasientskadenemnda har i flere av sine avgjørelser lagt tilsvarende vekt på manglende journalføring som bevismoment mot sykehus¹¹².

Til tross for at utvalget ikke gikk inn for å lovfeste særlige bevisregler ved pasientskadeerstatningssaker, ble en tidligere ulovfestet bevisregel som lenge var blitt praktisert i Pasientskadenemnda,¹¹³ lovfestet i pasientskadeloven § 3 første ledd. Pasientskadeloven § 3 fikk følgende ordlyd:

”Dersom årsaken til en skade på en pasient ikke kan bringes på det rene, og skaden sannsynligvis skyldes ytre påvirkning på en pasient under behandlingen skal det normalt antas at skaden skyldes feil eller svikt ved ytelsen av helsehjelp.”

Syse¹¹⁴ påpeker at *”her pålegges på sett og vis skadevoldersiden (lege, avdeling, sykehus) tvilsrisikoen ved mulige pasientskader når det er vanskelig å få saken tilstrekkelig belyst og årsaksforholdene avklart.”* Bestemmelsen innebærer at det ved slik skader ikke kan kreves sannsynlighetsovervekt¹¹⁵ for årsakssammenheng dersom skaden synes påført etter ytre påvirkning¹¹⁶.

Pasientskadeloven § 3 første ledd gjelder både for spørsmålet om ansvarsgrunnlaget foreligger og om det er årsakssammenheng mellom ansvarsgrunnlaget og skaden på pasienten. Derimot gjelder ikke bevisregelen for spørsmålet om det er

dommer Bugge, uttalte; ”Når denne sikreste kilde til viten om hva som skjedde og hva som ble gjort er taus på dette punkt, anser jeg kravet til bevis for uaktsomhet som oppfylt.”

¹¹² Se eksempelvis Pasientskadenemndas sak 20/1990

¹¹³ Se Pasientskadenemndas sak 41/1991, hvor pasienten våknet etter narkose med en vissne arm. Det ble antatt at helsepersonellet ikke hadde passet på å verne pasienten mot klemskader. Høyesterett har imidlertid ikke statuert en tilsvarende bevisregel se Rt. 1980 s.1299.

¹¹⁴ Se Aslak Syse ”Medisinske feil” s. 41.

¹¹⁵ Etter *normal* sannsynlighetsovervekt kreves det mer enn 50% sannsynlighet for at en skadevolder skal pålegges erstatningsansvar. Det faktum som anses mest sannsynlig skal legges til grunn, se tvml. § 183. Dersom faktum forblir uklart skal det imidlertid ikke tilkjennes erstatning, jf. Ot.prp.nr.31 s. 69.

¹¹⁶ Jf. Aslak Syse, ”Medisinske feil” s. 41.

årsakssammenheng mellom en skade på en pasient og de tap pasienten eller tredjeperson mener å ha lidt¹¹⁷. Bakgrunnen for bevisregelen er at lovgiver ikke ønsker vidløftige vurderinger av uklare fakta.

Det fremgår av pasientskadeloven § 3 annet ledd:

”ved erstatning som følge av skader som skyldes påbudt eller anbefalt vaksinasjon etter lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer, gjelder retten til erstatning etter § 2 første ledd bokstav d med mindre den ansvarlige godtgjør at en eller flere andre årsaker er mer sannsynlig.”

Med begrepet ”godtgjør” siktes det til at det påligger den ansvarlige for vaksinasjonen å sannsynliggjøre at skaden ikke skyldes vaksinasjonen. Bevisbyrden er her snudd.

I forsikringsretten er det i prinsippet den som fremsetter erstatningskravet som må dokumentere eller sannsynliggjøre kravet. Skadelidte har altså bevisbyrden¹¹⁸.

6.6.3 Bevisopptak

Etter pasientskadeloven § 10 tredje ledd kan NPE kreve bevisopptak etter domstolloven § 43 annet ledd. I forsikringsretten kan det ikke kreves bevisopptak før ved domstolsbehandling.

6.7 Innhenting av sakkyndig vurdering

Sakkyndige vurderinger, også kalt spesialisterklæringer, vektlegges i betydelig grad både ved ansvarsvurderingen og erstatningsutmålingen. På bakgrunn av

¹¹⁷ Jf. Ot.prp.nr.31 s. 91.

¹¹⁸ Jf. NOU 2000:23 s. 88, pkt. 13.3.2. Skadelidtes bevisbyrde gjelder imidlertid ikke fullt ut, se Rt. 1999 s. 1473 på s. 1479 – Skadelidte pådro seg nakkeslengskade etter en bilkollisjon og ble erklært 100 % ervervsufør. Vedrørende erstatning for tap i fremtidig erverv ble det lagt til grunn at 50% måtte belastes ulykken. Høyesterett uttalte at skadevolderen hadde bevisbyrden for at skaden helt eller delvis ville ha oppstått uavhengig av ulykken.

spesialisterklæringenes sentrale rolle under saksbehandlingen er det nødvendig at de fremstår som objektive vurderinger. Erklæringenes objektivitet skal både sikre at saksbehandlingen er forsvarlig og at det også fremstår slik utad.

I NPE innhentes sakkyndige uttalelser på ulike måter avhengig av sakens kompleksitet. Under saksforberedelsen gir behandlingsstedet i skademeldingen en medisinsk vurdering av behandlingen og den oppståtte skade. NPE mener selv at man i større grad burde nøye seg med sykehusets uttalelse når ansvar klart erkjennes¹¹⁹.

Mange saker i NPE blir gjennomgått av en rådgivende lege i NPE eller en ekstern sakkyndig. Ved ”enkle saker” blir saken vurdert i såkalte ”legemøter”¹²⁰. Dette kan skje i tverrfaglige møter mellom lege og saksbehandler, ved notater fra legen til saksbehandler eller ved muntlig gjennomgang av flere rådgivende leger med ulik faglig bakgrunn. Deretter skrives det en medisinsk utredning før det fattes vedtak i saken.

Ved mer ”kompliserte saker” innhentes en ekstern sakkyndig vurdering i tillegg til eller i stedet for vurderingen av rådgivende lege.

Forsikringsselskapene benytter alltid eksterne spesialister. I utgangspunktet påligger det skadelidte å opplyse saken. Dette gjelder alle sider av erstatningskravet, herunder innhenting av sakkyndige uttalelser. I praksis vil likevel selskapene ofte bidra til sakens opplysning, herunder bistå ved oppnevnelse av sakkyndig. Dessuten påtar selskapene seg etter gjeldende praksis i stor grad kostnadsansvar for nødvendig sakkyndige vurderinger¹²¹.

6.7.1 Krav til sakkyndige

Forvaltningslovens habilitetsregler gjelder tilsvarende for sakkyndige, jf. fvl. § 10. NPE stiller i tillegg krav om at den sakkyndige må være i aktiv klinisk tjeneste og spesialist innenfor det aktuelle fagområdet. I hovedsak benytter NPE sakkyndige som

¹¹⁹ Jf. Statskonsults rapport s. 14.

¹²⁰ NPE disponerer i dag 9 rådgivende leger.

¹²¹ Jf. NOU 2000:23 s 88, pkt 13.3.2.

arbeider i Norge, men i spesielle tilfelle kan det være aktuelt å benytte utenlandske spesialister.

I forsikringsretten stilles det også krav til den sakkyndiges habilitet. Ifølge NOU 2000:23 anses en sakkyndig som inhabil når han ikke har den nødvendige objektivitet. Eksempelvis kan den sakkyndige ha for nær tilknytning til en av partene, slik at det kan påvirke hvordan vedkommende uttaler seg¹²².

6.8 Saksavgjørelsen

Saksavgjørelsen er i praksis delt inn i to hoveddeler; vurdering av ansvarsgrunnlag og erstatningsutmålingen.

6.8.1 Vurdering av ansvarsgrunnlaget

NPE tar utgangspunkt i ansvarsgrunnlaget i pasientskadeloven § 2 og vurderer om pasientskaden skyldes ett av de forhold som er nevnt i bestemmelsen.

Forsikringsselskapene er også bundet av ansvarsgrunnlaget i pasientskadeloven § 2. Vilklårene i forsikringsavtalen må derfor være i samsvar med ansvarsgrunnlaget i pasientskadeloven. Det fremgår av forskrift om forsikringsplikt § 6 første ledd bokstav a at vilklårene skal *”gi dekning av ansvaret i henhold til de lover som er nevnt i § 3”*. Ifølge § 3 skal den som yter helsehjelp for virksomhet utenfor den offentlige helsetjenesten tegne forsikring som gir *”...dekning av pasientskade som nevnt i pasientskadeloven § 1, jf. §§ 2-4....”*

Forsikringsselskapene kan etter dette ikke nedtegne forsikringsvilkår som gir snevrere dekning enn ansvarsgrunnlaget i pasientskadeloven § 2. For å sikre håndheving av bestemmelsen er selskapene forpliktet til å melde fra til Kredittilsynet om de vilkår som benyttes i forsikringsavtalen jf. forskrift om forsikringsplikt § 6.

¹²² Jf. NOU 2000:23 s.91, pkt. 13.5.

Når det gjelder behandlingen av kravet, vil det som ellers i forsikringsretten tas utgangspunkt i vilkårene i den enkelte avtale. Vilkårene tolkes etter avtalerettslige prinsipper.

6.8.2 Erstatningsutmålingen

Pasientskadeloven har ikke egne regler om erstatningsutmåling. Etter pasientskadeloven § 4 første ledd kommer skadeserstatningsloven og alminnelige erstatningsrettslige regler til anvendelse. Dette innebærer at erstatning ved pasientskader skal utmåles etter reglene i skadeserstatningsloven kapittel 3, og med utgangspunkt i at skadelidte skal ha dekket sitt økonomiske tap fullt ut.

Ved erstatningsutmålingen skal det gjøres fradrag for lønn under sykdom, trygdeytelser, pensjonsytelser eller enkelte forsikringsytelser, jf. skl. § 3-1. Utmålingen kan i enkelte tilfeller skje etter standardiserte beregninger, se eksempelvis skl. § 3-2a.

Etter forskrift om forsikringsplikt § 6 bokstav b skal vilkårene i forsikringsavtalen *”fastsette at skadelidte skal få oppgjør fullt ut direkte av forsikringsselskapet uten fradrag for egenandel”*. Vilkårene i forsikringsavtalen kan ikke begrense forsikringssummen utover det som fremgår av forskrift om forsikringsplikt § 6 bokstav c.

6.8.3 Avgjørelsen av erstatningskravet

Når erstatningskravet er ferdigbehandlet fatter NPE et enkeltvedtak om erstatning skal ytes og erstatningens størrelse. Vedtaket skal begrunnes, og partene i saken skal underrettes, jf. pasientskadeloven § 12 første ledd, fvl. §§ 25 og 27.

Det fremgår av pasientskadeloven § 12 annet ledd at *”når en forsikringsgiver har utredet saken avgjøres det om erstatning skal gis, og i tilfelle med hvilket beløp. Det skal opplyses at avgjørelsen kan klages inn for Pasientskadenemnda innen tre uker”*.

Normalt i forsikringsretten pågår det forhandlinger mellom skadelidte og forsikringsselskapet både om ansvarsgrunnlaget og om erstatningsutmålingen. Det kan således i enkelte tilfeller være vanskelig å fastslå når en avgjørelse foreligger. De alminnelige avtalerettslige regler om tilbud og aksept vil her være avgjørende, jf. avtaleloven kapittel 1.

Verken i pasientskadeloven eller i forskrift om forsikringsplikt stilles nærmere formkrav til avgjørelsen. Ikke minst på bakgrunn av at avgjørelsen skal kunne påklages til Pasientskadenemnda etter pasientskadeloven § 15 første ledd må det kreves en skriftlig meddelelse fra forsikringsselskapet som fremstår som en endelig avgjørelse.

I motsetning til forvaltningsloven stiller FAL ikke krav til at avgjørelsen skal begrunnes eller at partene skal underrettes om avgjørelsen. Klagefristen etter pasientskadeloven § 15 første ledd vil imidlertid ikke begynne å løpe før skadelidte har fått underretning om avgjørelsen og en god begrunnelse vil kunne bidra til at skadelidte ikke påklager avgjørelsen til Pasientskadenemnda. Forsikringsselskapene vil derfor på dette punkt selv ha interesse av å forholde seg på samme måte som NPE. Det må derfor antas at selv om kravene ikke er lovpålagt, vil det bli fulgt opp i praksis.

6.8.4 Erstatningsutbetalingen

Erstatning skal utbetales *så snart som mulig* etter at saken er avgjort, jf. pasientskadeloven § 13 første ledd første punktum. Delutbetalinger skal skje så snart det er klart at deler av kravet er uomtvistet eller det av andre grunner er ubetenkelig, se pasientskadeloven § 13 første ledd annet punktum.

7 Omgjøring, klage og domstolsprøving

7.1 Statistikk¹²³

De siste fem årene har det vært en liten, men gradvis økning av antall klager til Pasientskadenemnda, av omgjøringer og i antall saker som er brakt inn for domstolene. I 2002 fattet NPE 1902 vedtak hvorav 1344 saker fikk avslag. Av disse ble 625 saker påklaget til Pasientskadenemnda, 81 saker ble omgjort og 42 saker ble brakt inn for domstolene.

Ved utgangen av august 2003 hadde Pasientskadenemnda fattet vedtak i 257 klagesaker. Pasienten ble gitt medhold i 15,5 % av disse sakene¹²⁴. De siste fem årene har omgjøringsprosenten variert mellom 11 og 14,5 %. Pasientskadenemnda opprettholder altså i stor grad førsteinstansens avslag i ansvarsspørsmålet.

7.2 Omgjøring

7.2.1 Omgjøring uten klage

Etter fvl. § 35 første ledd kan NPE omgjøre sitt eget vedtak uten at det er påklaget dersom endringen ikke er til skade for noen som vedtaket retter seg mot (bokstav a), underretning ikke er kommet fram til vedkommende (bokstav b) eller vedtaket må anses ugyldig (bokstav c).

I forsikringsretten reguleres ikke en slik omgjøringsadgang. Dersom omgjøringen skjer i favør av skadelidte – hva som antakeligvis ikke er upraktisk – kan jeg ikke se at det er noe til hinder for det. Etter en avtalerettslig vurdering, vil selskapets avgjørelse – vurdert som et tilbud – ikke være bindende etter at det er avslått. Likevel er det vel tvilsomt om forsikringsselskapet kan omgjøre avgjørelsen til ugunst for skadelidte dersom dette helt unntaksvis skulle bli aktuelt.

¹²³ Tallene er oppgitt ved NPEs statistikkavdeling.

¹²⁴ Jf. Statskonsults rapport s. 11.

7.3 Klage

Etter pasientskadeloven § 15 første ledd kan den som krever erstatning etter loven påklage vedtaket eller avgjørelsen. I forvaltningsretten begrunnes klageadgangen i rettssikkerhetshensyn. Etter fvl. § 28 og pasientskadeloven § 15 første ledd kan enkeltvedtak etter pasientskadeloven § 14 annet punktum påklages til Pasientskadenemnda.

I forsikringsretten har man også klageordninger. Eksempelvis kan saker vedrørende forståelsen av forsikringsvilkår eller lovgivning som har betydning for forsikringstakerens rettigheter i konkrete klagesaker, innklages til Forsikringsklagenemnda (FSN). Hvis det er spørsmål om skjønn vedrørende aktsomhetsgrad og omfanget av avkortning i erstatningen eller regresskrav, kan saken innklages til Avkortningsnemnda (AKN). FSN og AKNs avgjørelser er imidlertid ikke bindende for selskapene, kun rådgivende¹²⁵.

Når det gjelder klage på avgjørelser i pasientskadeerstatningssaker, skal disse saker etter pasientskadelovens § 15 første ledd påklages til Pasientskadenemnda. En viktig forskjell fra de øvrige klageordninger i forsikringsretten er at Pasientskadenemndas vedtak er *bindende* for underinstansene. Dersom forsikringsselskapet ikke godtar Pasientskadenemndas avgjørelse, må selskapet reise søksmål mot Pasientskadenemnda for domstolene, se pasientskadeloven § 18 fjerde ledd annet punktum.

7.3.1 Hva kan påklages?

Det fremgår av pasientskadeloven § 15 første ledd at

”Norsk Pasientskadeerstatnings enkeltvedtak som nevnt i § 14 annet punktum og tilsvarende avgjørelser av forsikringsgiver etter § 8 kan påklages til Pasientskadenemnda.”

¹²⁵ Likevel blir avgjørelsene vanligvis fulgt opp av forsikringsselskapene.

Ifølge pasientskadelovens § 14 annet punktum omfatter dette avgjørelser om erstatning skal ytes, om erstatningens størrelse, om delutbetaling og om advokatbistand skal dekkes.

7.3.2 Klagefristen

Klagefristen er tre uker, jf. pasientskadeloven § 15 første ledd annet punktum og fvl. § 29 første ledd. Fristen begynner å løpe fra den dag *underretning om vedtaket har kommet fram* til skadelidte, jf. fvl. § 29 første ledd. Som en konsekvens av at Pasientskadenemnda også er klageorgan for forsikringsselskapenes avgjørelser, vil forvaltningslovens regler om klagefrist også komme til anvendelse for skadelidte som har krav mot forsikringsselskap. For at klagen skal være fremsatt i tide, er det tilstrekkelig at klagen er poststemplett senest den dagen fristen løper ut, jf. fvl. § 30.

Oversitting av klagefristen reguleres i fvl. § 31. Det fremgår av fvl. § 31 at selv om klagefristen er oversittet kan klagen tas under behandling hvis parten ikke kan lastes for å ha oversittet fristen (bokstav a) eller det foreligger ”særlige grunner” som gjør det *rimelig* at saken likevel blir overprøvd (bokstav b).

Praksis for realitetsbehandling i Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda i saker hvor klagefristen er oversittet, er oppgitt å være svært liberal. Ved fristoversittelse på mer enn 2-3 uker kreves det vanligvis begrunnelse for hvorfor fristen er oversittet. Det skal ikke mye til for at begrunnelsen blir akseptert¹²⁶.

Dersom det har gått mer enn ett år siden vedtaket eller avgjørelsen ble fattet, kan klagen *ikke* tas under behandling, jf. fvl. § 31 tredje ledd.

7.3.3 Hvor skal klagen sendes?

Klagen skal rettes til det organ som har truffet vedtaket, jf. fvl. § 32. Dersom vedtaket er fattet av NPE skal altså klagen sendes til NPE. Er avgjørelsen fattet av et forsikringsselskap er dette selskapet rett adressat for klagen.

¹²⁶ Jf. Statskonsults rapport s. 11.

7.3.4 Underinstansens oppgaver ved klage

Dersom NPE mottar en klage, skal NPE foreta de undersøkelser som klagen gir grunn til, jf. fvl. § 33 annet ledd. Hvis det er grunn til å innhente nye opplysninger på grunnlag av det som har kommet frem i klagen, skal NPE innhente disse opplysningene.

Etter fvl. § 33 annet ledd annet punktum kan NPE dessuten *oppheve* eller *endre* vedtaket dersom klagen synes å være begrunnet. Bakgrunnen for bestemmelsen er at den som har gjort en feil, først skal få mulighet til å rette opp feilen.

Foreligger ikke vilkårene for å behandle klagen, skal NPE avvise saken, jf. fvl. § 33 annet ledd tredje punktum. Avvisningsgrunn kan for eksempel være at klagefristen er oversittet. Imidlertid kan dette avvisningsvedtaket også påklages til Pasientskadenemnda, jf. fvl. § 28.

Dersom ikke klagen blir tatt til følge skal NPE eller vedkommende forsikringsselskap *snarest mulig* oversende saken til Pasientskadenemnda, jf. fvl. § 33 fjerde ledd første punktum.

Gjelder klagen en avgjørelse som et forsikringsselskap har truffet, eksisterer det ikke i forsikringsretten lovregler som regulerer forsikringsselskapers omgjøringsadgang. Jeg kan imidlertid ikke se at det er noe i veien for at forsikringsselskapet endrer eller opphever avgjørelsen i skadelidtes favør. Dette må kunne ses som et utslag av den avtalerettslige sfære som råder i et slikt skadeoppgjør: Et avslått tilbud om et skadeoppgjør etterfølges av et nytt. Derimot er det tvilsomt om forsikringsselskapet kan endre avgjørelsen til ugunst for skadelidte. Hvis det fremkommer nye opplysninger i saken, for eksempel om at skadelidte har utvist svik, må det vel likevel være klart at forsikringsselskapet også kan endre avgjørelsen til ugunst for skadelidte. Avtalerettens bestemmelser om bristende forutsetninger kan her komme til anvendelse.

7.3.5 Behandlingen av klagen i Pasientskadenemnda

På bakgrunn av at Pasientskadenemnda er et forvaltningsorgan, vil forvaltningslovens regler om partsinnsyn, varsel, rett til å uttale seg etc. kunne gjøres gjeldende av skadelidte under klagebehandlingen. Dette gjelder også skadelidte som i første instans har forholdt seg til forsikringsrettens saksbehandlingsregler under forsikringsselskapets behandling av erstatningskravet.

Det fremgår dessuten av fvl. § 33 første ledd at forvaltningslovens bestemmelser i fvl. kapittel IV og V gjøres gjeldende under klagebehandlingen. Etter pasientskadeloven § 17 annet ledd skal saksbehandlingsreglene for NPE i pasientskadelovens kapittel 3 gjelde tilsvarende for Pasientskadenemnda. Særskilt nevnes at forvaltningslovens § 11 c om muntlige konferanser med saksbehandleren gjelder tilsvarende for Pasientskadenemnda, jf. pasientskadeloven § 17 annet ledd annet punktum.

7.3.5.1 Saksforberedelsen i Pasientskadenemnda

Saksforberedelsen i Pasientskadenemnda foretas av et eget sekretariat, se pasientskadeloven § 17 tredje ledd. I forvaltningsloven reguleres saksforberedelsen i fvl. § 33.

Etter fvl. § 33 femte ledd første punktum skal Pasientskadenemnda påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes. Pasientskadenemnda kan pålegge underinstansen å foreta nærmere undersøkelser, jf. fvl. § 33 femte ledd annet punktum. Det kan imidlertid være problematisk om Pasientskadenemnda kan pålegge forsikringsselskapet å foreta nye undersøkelser i saken. Dette strider mot prinsippet i forsikringsretten om at det er den som fremsetter erstatningskravet som må sannsynliggjøre sitt krav, og dermed er ansvarlig for å opplyse saken. Det må likefullt være klart at retten til å pålegge underordnet instans utredning i forbindelse med klagebehandlingen må gjelde, uansett om dette bryter med prinsipper i forsikringsretten. Ordningen med klage til et forvaltningsorgan innebærer uansett et brudd med forsikringsrettens saksbehandlingsprinsipper.

7.3.5.2 Pasientskadenemndas kompetanse

Pasientskadenemndas kompetanse reguleres i NPE forskriften § 9 og § fvl. § 34.

Etter NPE forskriften § 9 kan Pasientskadenemnda behandle klager over enkeltvedtak i Norsk Pasientskadeerstatning som nevnt i pasientskadeloven § 14 annet punktum, jf. § 15 første ledd og tilsvarende klager over avgjørelser fattet av forsikringsselskapene.

Dersom klagen tas under behandling, kan Pasientskadenemnda i utgangspunktet prøve alle sider av saken samt ta hensyn til nye omstendigheter, jf. fvl. § 34 annet ledd.

Bestemmelsen innebærer at Pasientskadenemnda kan prøve *rettsanvendelsen*, og eventuelle *skjønnsmessige vurderinger*, undersøke om faktum er riktig, samt vurdere om det foreligger *feil i saksbehandlingen*¹²⁷.

Det bemerkes at Pasientskadenemndas kompetanse kun omfatter vurdering av vedtak og avgjørelser truffet innenfor pasientskadelovens anvendelsesområde. Således vil eventuelle tilleggsdekninger etter forsikringsavtalen ikke bli gjenstand for prøving i Pasientskadenemnda. Tvist om slike krav må i tilfelle bringes inn for domstolene.

Pasientskadenemnda kan avvise saken dersom vilkårene for å behandle saken ikke er oppfylt, se fvl. § 34 første ledd. Dette gjelder selv om underinstansen har hatt en annen oppfatning om dette, jf. fvl. § 34 første ledd annet punktum.

Hvis klagen tas under behandling, kan Pasientskadenemnda fatte et nytt vedtak eller oppheve den avgjørelse som er fattet og sende saken tilbake til underinstansen til helt eller delvis ny behandling, jf. fvl. 34 fjerde ledd.

Dersom skadelidte ikke har fått medhold i at vilkårene for ansvarsgrunnlaget er til stede, vil Pasientskadenemnda vurdere om vilkårene for ansvar etter pasientskadeloven § 2 er oppfylt. Hvis Pasientskadenemnda kommer til at det foreligger ansvarsgrunnlag, vil saken normalt sendes tilbake til underinstansen, hvor det blir foretatt erstatningsutmåling. Klage over erstatningsutmålingen kan igjen innklages til Pasientskadenemnda.

¹²⁷ Jf. Hans Petter Graver, "Forvaltningsprosessen" s. 160, pkt. 11.2.

Pasientskadenemnda kan imidlertid ikke endre vedtaket til skade for klageren, jf. fvl. § 34 tredje ledd første punktum. Dersom NPE for eksempel har vedtatt at Peder Ås har krav på kr. 500.000,- i erstatning, kan ikke Pasientskadenemnda endre beløpet til kr. 300.000,-.

Pasientskadenemndas avgjørelser settes i verk av NPE, på samme måte som for NPEs egne vedtak. Er det en forsikringsavgjørelser som er påklaget meddeler Pasientskadenemnda sin avgjørelse til partene, jf. pasientskadeloven § 17 femte ledd.

Dersom søksmål for domstolene ikke reises innen fire måneder, har Pasientskadenemndas vedtak samme virkning som en rettskraftig dom og kan fullbyrdes etter reglene for dommer, jf. pasientskadeloven § 18 tredje ledd annet punktum. Vedtaket er følgelig å regne som et alminnelig tvangsgrunnlag etter tvangsfullbyrdsloven av 26. juni 1992 nr. 86 § 4-1 annet ledd bokstav b.

7.4 Anmodning om direkte behandling i Pasientskadenemnda

Når saken ikke er ferdigbehandlet og det har gått to år siden kravet ble meldt, kan den som fremmet erstatningskravet, anmode om at saken skal bringes direkte inn for Pasientskadenemnda, jf. pasientskadeloven § 15 annet ledd og NPE forskriften § 10 første ledd. Forarbeidene¹²⁸ til pasientskadeloven presiserer at muligheten for å bringe en sak direkte inn for Pasientskadenemnda kun bør være en sikkerhetsventil.

Det legges vekt på at sakene vil være tjent med den grundige behandlingen som NPE og forsikringsselskapene vil ha måttet gjennomføre, og at to-instansordningen derfor er ønskelig.

Ifølge NPE forskriften § 10 annet ledd skal det ved vurderingen av anmodningen tas hensyn til sakens opplysning, behovet for en to-instansbehandling, førstinstansens arbeid i saken og årsaken til at to år har gått. Også hensynet til skadelidte skal vektlegges. Dersom saken er av en slik art at en saksbehandlingstid over to år er

¹²⁸ Jf. Ot.prp.nr.74 s. 24, pkt. 6.3.

nødvendig, skal ikke Pasientskadenemnda overta behandlingen før saken er avgjort i førsteinstans, jf. NPE forskriften § 10 tredje ledd. Bakgrunnen for dette er at Pasientskadenemnda i motsatt tilfelle ville blitt pålagt unødvendig merarbeid, slik at saksbehandlingstiden ville blitt unødig lang.

7.5 Domstolsbehandling

7.5.1 Hvem kan bringe saken inn for domstolene?

Etter pasientskadeloven § 18 første ledd første punktum kan skadelidte bringe saken inn for domstolene.

Søksmålsadgang har også en *forsikringsgiver etter § 8* som blir pålagt å betale erstatning ved Pasientskadenemndas vedtak, jf. pasientskadeloven § 18 første ledd annet punktum. Både skadelidte og forsikringsselskapet har altså søksmålsadgang etter pasientskadeloven § 18. Bestemmelsen er uttømmende, jf. tredje punktum som slår fast at *”andre kan ikke bringe saken inn for domstolene.”* NPE har derfor *ikke* en slik adgang.

Dersom et forsikringsselskap er ansvarlig, skal skadelidte reise søksmålet mot forsikringsgiver etter § 8, mens det skal reises mot Pasientskadenemnda dersom NPE er ansvarlig, se pasientskadeloven § 18 fjerde ledd. Saken reises også mot Pasientskadenemnda hvis forsikringsgiver etter § 8 går til søksmål, jf. pasientskadeloven § 18 fjerde ledd annet punktum.

7.5.2 Når kan saken bringes inn for domstolene?

Saken kan bringes inn for domstolene først når endelig vedtak i Pasientskadenemnda foreligger, jf. pasientskadeloven § 18 første ledd. Tilsvarende begrensinger i muligheten til å gå til sak gjelder ikke ved den vanlige forvaltningsprosess. Heller ikke ved forbrukertvister etter forbrukertvistloven av 28. april 1978 nr 18 §§ 6 og 15 gjelder en slik begrensning. Røsæg¹²⁹ mener det er uheldig at pasienten må avvente et vedtak i

¹²⁹ Jf. Erik Røsæg ”Pasientskadeloven - siste stikk til pasienten?” i Festskrift til Lødrup s. 551.

Pasientskadenemnda før saken kan bringes inn for domstolene og peker blant annet på at resultatet av dette lett kan bli lang behandlingstid.

Søksmålet må være reist innen fire måneder fra det tidspunkt underretning om vedtaket er *kommet fram* til vedkommende, se pasientskadeloven § 18 tredje ledd første punktum.

7.5.3 Hva kan domstolene overprøve?

De alminnelige ulovfestede prinsippene om domstolsprøving av forvaltningsvedtak regulerer hva domstolene kan overprøve. Kort sagt kan domstolene blant annet overprøve rettsanvendelseskjønn, mens forvaltningens frie skjønn i utgangspunktet ikke overprøves av domstolene.

Når det gjelder grensene for domstolenes prøving av Pasientskadenemndas vedtak heter det i pasientskadeloven § 18 første ledd første punktum at *"den som krever erstatning etter loven her, kan bringe saken inn for domstolene når endelig vedtak i Pasientskadenemnda foreligger."* Etter ordlyden er det erstatningskravet som kan prøves og ikke bare vedtakets gyldighet. Dette synes å være i overensstemmelse med de alminnelige prinsippene for domstolsprøving: Pasientskadenemndas vedtak inneholder en regulær bedømmelse av erstatningsgrunnlag og utmåling av erstatning og lite innslag av fritt skjønn.

8 Vurdering og konklusjon

8.1 Vurderinger

Jeg vender nå tilbake til det spørsmål som ble stilt innledningsvis om skadelidtes rettsstilling er like godt ivaretatt, uansett om skaden skjer i privat eller offentlig helsetjeneste.

Når skaden skjer i offentlig helsetjeneste, avgjøres erstatningskravet i forvaltningsorganet NPE. Under saksbehandlingen sikres skadelidtes rettsstilling i vesentlig grad gjennom saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven og de ulovfestede forvaltningsrettslige prinsipper. Forvaltningsloven gir detaljerte regler om partsinnsyn, underretning og begrunnelse av vedtak og stiller krav til saksbehandler om veilednings- og informasjonsplikt, habilitet og taushetsplikt. Brudd på forvaltningslovens saksbehandlingsregler kan føre til at vedtaket under klage- eller domstolsbehandling blir ansett ugyldig etter fvl. § 41.

Hvis skaden derimot oppstår i privat helsetjeneste, behandles erstatningskravet av det forsikringsselskap hvor skadevolder på skadetidspunktet er ansvarsforsikret. I hovedsak regulerer FAL forholdet mellom forsikringstaker/sikrede og forsikringsgiver.

FAL §§ 7-6 og 7-7 ivaretar skadelidtes stilling under saksbehandlingen, men disse bestemmelsen vil ha mindre betydning ved pasientskadeerstatningssaker fordi skadelidte allerede i vesentlig grad er vernet etter pasientskadelovens bestemmelser. Utover reglene om taushetsplikt i FVL § 1-3, gir ikke saksbehandlingsreglene i forsikringslovgivningen nærmere vern av skadelidtes rettsstilling.

Forsikringsselskapenes interne retningslinjer søker likevel å ivareta en forsvarlig saksbehandling. Retningslinjene er imidlertid i liten grad tilgjengelig for skadelidte, og skadelidte kan derfor vanskelig utlede rettigheter eller vern av disse bestemmelsene.

Forsikringsselskapene er under tilsyn av Kredittilsynet, jf. lov om Kredittilsynet av 7. desember 1957 nr. 1, § 1 første ledd nr. 1. Kredittilsynet skal blant annet påse at selskaper under tilsyn virker ”*på hensiktsmessig og betryggende måte i samsvar med lov og bestemmelser*”, jf. kredittilsynsloven § 3 første ledd. Herunder vil

forsikringsselskapenes overholdelse av lovpålagte krav om saksbehandling av pasientskader være gjenstand for Kredittilsynets kontroll. Tilsynsarbeidet har imidlertid i mindre grad fokus på forsikringsselskapenes saksbehandling og interne saksbehandlingsprosedyrer, så lenge dette ikke har innvirkning på selskapenes soliditet.

Normalt i forsikringsretten kan selskapenes interne saksbehandlingsprosedyrer bli vurdert ved klage til Forsikringsklagenemnda (FSN), men pasientskadeerstatningssaker kan ikke behandles av FSN. Forsikringsselskapenes saksbehandlingsprosedyrer vil etter dette kun ”sensureres” av Pasientskadenemnda og ved en eventuell domstolsbehandling.

Ved klagebehandling i Pasientskadenemnda vil imidlertid nemnda i en viss grad kunne vurdere saksbehandlingen. Hvis det for eksempel viser seg at saksbehandleren har vært inhabil, vil Pasientskadenemnda kunne oppheve avgjørelsen etter fvl. 34 fjerde ledd. Forsikringsselskapet må dermed behandle saken på nytt. I hvilken grad forsikringsselskapene generelt vil innrette saksbehandlingen i overensstemmelse med de føringer Pasientskadenemnda gir, vil først vise seg når Pasientskadeloven trer i kraft i sin helhet. Det bemerkes at Pasientskadenemnda ikke har noen alminnelig instruksjonsmyndighet overfor forsikringsselskapene. Nemnda vil således kun gi føringer gjennom behandling av enkeltsaker.

Et annet forhold som kan gi utslag i ulik saksbehandling, er saksavgjørelsesorganenes oppbygging. NPE skal være et nøytralt forvaltningsorgan med ansvar for å opplyse saken, jf. fvl. § 17 første ledd. Forsikringsselskapene er derimot selv part i den sak de behandler, og er heller ikke underlagt noen plikt til å opplyse saken slik NPE er. Det må antas at skadelidte under denne behandling vil måtte være mer delaktig i saksbehandlingen for å belyse forhold som taler til hans fordel. Jeg antar at opplysningene fra skadelidte særlig vil være nødvendig hvis det er tale om å godtgjøre det økonomiske tap som skal dekkes ved erstatningsutmålingen. Ved pasientskadeerstatningssaker er det imidlertid skadevolder som innehar størstedelen av dokumentasjon i tilknytning til ansvarsgrunnlag og årsakssammenheng i form av legejournaler etc. Skadevolder står dermed nærmest til å kunne bidra til sakens opplysning på dette punkt.

Under den midlertidige ordningen hadde både helsevesenet og skadelidte gode erfaringer med at NPE hadde ansvaret for saksopplysningen. Skadevoldersiden var mer villig til å utgi dokumentasjon og opplysninger til NPE enn skadelidte. Selv om saksbehandlingsreglene i forsikringsretten ikke pålegger forsikringsselskapet plikt til å opplyse saken, må det antas at forsikringsselskapene i praksis vil bistå i dette arbeidet.

Ved skader som skjer i privat helsetjeneste kan skadelidte etter enkelte forsikringsavtaler ha bedre rettigheter og dekning enn etter pasientskadelovens bestemmelser. Hvis skadelidte likevel ikke skulle få medhold i slike tilleggsdekninger må disse krav bringes inn for domstolen. Skadelidte kan dermed risikere både å føre saken for Pasientskadenemnda for å få avgjort erstatningskravet etter pasientskadelovens bestemmelser og deretter å måtte fremme krav om tilleggsdekninger etter forsikringsavtalens vilkår for domstolene. Det kan da stilles spørsmål om slike tilleggsdekninger i det hele tatt vil være til fordel for skadelidte.

Under saksbehandlingen i Pasientskadenemnda vil saksbehandlingsreglene i forvaltningsretten gjelde for alle klagesakene. Skadelidte vil dermed være like godt vernet, uansett om skaden har skjedd i offentlig eller privat helsetjeneste.

Etter pasientskadeloven § 18 har forsikringsselskapene søksmålsadgang til domstolene. NPE har derimot ikke søksmålsadgang. Dette innebærer at en skadelidt som har fått medhold i erstatningskravet i Pasientskadenemnda, kan risikere at forsikringsselskapet bringer saken inn for domstolene. Skadelidte som får medhold i Pasientskadenemnda i saker hvor NPE er erstatningsansvarlig er derimot vernet mot en slik forlenget saksbehandling. På dette punktet er det derfor en vesentlig forskjell i skadelidtes rettsstilling.

8.2 Konklusjon

Etter en samlet vurdering har jeg kommet til at skadelidtes rettsstilling etter lover og forskrifter er bedre ivaretatt dersom skaden skjer i offentlig helsetjeneste enn i privat sektor. Jeg er imidlertid av den oppfatning at det i praksis ikke vil bli så store ulikheter som disse lovforskjellene i saksbehandlingsreglene medfører. I denne sammenheng

legger jeg vekt på at Pasientskadenemnda ved sin saksbehandling og gjennom sine vedtak vil kunne være retningsførende både for NPEs og forsikringsselskapenes saksbehandling.

9 Litteraturliste

Arntzen, Andreas. *Ansvarsforsikring*. Alf Jacobsens Boktrykkeri AS, 2000.

Bull, Hans Jacob. *Innføring i forsikringsrett*. Sjørettsfondet, 1999.

Eckhoff, Torstein og Smith, Eivind. *Forvaltningsrett*. Tano Aschehoug, 6. utgave, 1997.

Graver, Hans Petter. *Forvaltningsprosessen*. Oslo Universitetsforlag, 2. utgave 1997.

Lødrup, Peter. *Lærebok i erstatningsrett*. Grafisk Hus AS, Bergen, 4. utgave, 1999.

Rasmussen, Ørnulf. *Norsk Lovkommentar*. Gyldendal Norsk Forlag 2002.

Røsæg, Erik. *Festskrift til Peter Lødrup*. Artikkel: *Pasientskadeloven - siste stikk til pasienten?* Gyldendal Norsk Forlag AS, 2002.

Syse, Aslak. *Medisinske feil*. Artikkel: *Medisinske feil – begrepsbruk perspektiver og utsyn*. Gyldendal Akademisk ANS 2000.

Rapporter og undersøkelser

Statskonsults rapport, *Evaluering av Norsk Pasientskadeerstatning*, 2003.

Norsk Pasientskadeerstatning, *Pasienttilfredsundersøkelsen*, 2003.

Lovregister

Lov om erstatning ved pasientskader (pasientskadeloven) av 15. juni 2001 nr. 53.

Lov om endringer i pasientskadeloven, lov av 26. september 2003 nr. 26.

Lov om forsikringsavtaler (FAL) av 16. juni 1989 nr. 69.

Lov om forsikringsvirksomhet (FVL) av 10. juni 1988 nr. 39.

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 10. februar 1967.

Lov om skadeserstatning av 13. juni 1969 nr. 26.

Lov om foreldelse av fordringer av 18. mai 1979 nr. 18.

Lov om vergemål for umyndige av 22. april 1927 nr. 3.

Lov om rettergangsmåten for tvistemål (tvistemålsloven) av 13. august 1915 nr. 6.

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
(psykisk helsevernloven) av 2. juli 1999 nr. 62.

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 2. juli 1999 nr. 63.

Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven) av 5. august 1994 nr. 55.

Lov om tvangsfullbyrdelse av 26. juni 1992 nr. 86.

Forskrifter

Utkast til forskrift om endring av forskrift av 20. desember 2002 nr. 1625
om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda.

Utkast til forskrift om forsikringsplikt for helsepersonell og den som yter helsehjelp
utenfor den offentlige helsetjenesten mv.

Forarbeider

Norges offentlige utredninger

NOU 1992:6

Erstatning ved pasientskader

NOU 2000:23

Forsikringsselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger.

Odelstingsproposisjoner

Ot.prp. nr. 31 (1998-1999)

Om lov om erstatning ved pasientskader (pasientskadeloven).

Ot.prp. nr. 74 (2002-2003)

Om lov om endringer i lov 15. juni 2001 nr.53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven).

Ot.prp. nr. 75 (1993-1994)

Om lov om endringer i forvaltningsloven av 10. februar 1967.

Innstillinger til Odelstinget

Innst. O. nr. 68 (2000-2001)

Innstilling fra sosialkomiteen om lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven).

Innst. O. nr. 110 (2002-2003)

Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven).

Norsk Rettstidende

Rt.1960 s. 1235

Rt.1978 s. 482

Rt.1980 s. 1299

Rt.1989 s. 674

Rt.1990 s. 768

Rt.1998 s. 1297

Rt.1998 s. 1336

Rt.1998 s. 1538

Rt.1999 s. 1473

Underrettspraksis

RG 1951 s. 348 (Eidsivating)

RG 1959 s. 150 (Østre Bærum)

RG 1970 s. 215 (Gulating)

Nemndspraksis

Pasientskadenemndas sak 16/1988

Pasientskadenemndas sak 20/1990

Pasientskadenemndas sak 41/1991